

Skal vi trene sammen?

*Gravide kvinners aktivitetsnivå og
implikasjonene av sosial støtte*

Jenni Åkre



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

1 november 2013

Skal vi trene sammen?

Gravide kvinners aktivitetsnivå og implikasjonene av sosial støtte

© Jenni Åkre

2013

Skal vi trene sammen? Gravide kvinners aktivitetsnivå og implikasjonene av sosial støtte

Jenni Åkre

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Oslo Kopisten AS

Sammendrag

Innenfor medisinske miljøer er det en bred enighet om at fysisk aktivitet er helsefremmende for gravide kvinner. På tross av den store informasjonstilstrømmingen som gravide kvinner får fra helsepersonell, svangerskapslitteratur og populærlitteratur, men også fra deres sosiale nettverk, så viser flere studier at kvinner reduserer aktivitetsnivået når de blir gravide. Hva som kan bidra til å øke aktivitetsnivået til gravide kvinner har vært et fremtredende tema i helsefaglige studier og særlig innenfor medisin og psykologi. Studiene forteller oss at gravide kvinners ønsker og målsettinger om å være fysisk aktiv under svangerskapet er nært knyttet opp mot deres egen forståelse og holdninger om fysisk aktivitet under svangerskapet, samt ulike faktorer i hverdagen som begrenser eller motiverer til å være fysisk aktiv. Grunnet studienes faglige forankring har oppmerksomheten vært rettet mot særtrekk ved kvinnene og betydningen av kvinnes omgivelser har langt på vei blitt oversett.

På bakgrunn av sosiologisk teori om nettverk, sosial støtte og den gravide kroppen har jeg i denne oppgaven undersøkt om gravide kvinner øker aktivitetsnivået dersom de får sosial støtte fra venner og medlemmer i husstanden til å være fysisk aktiv. Med utgangspunkt i teori om den gravide kroppen understrekes viktigheten av kvinnens kropps som styrende for hennes valg av atferd. Det forventes av omgivelsene at gravide kvinner skal ta handlingsvalg som beskytter barnet i magen. I oppgaven undersøkes det om kvinnes nettverk har noen påvirkning på kvinnes aktivitetsnivå ved å gi sosial støtte. Begrepet sosial støtte viser til utveksling og bytte av ulike former for hjelp og støtte. For det første kan det antas at sosial støtte vil være med på å prege gravide kvinners *forståelse* av fysisk aktivitet. Samtidig kan sosial støtte være til hjelp ved å *redusere barrierene* i hverdagen både gjennom oppmuntring, informasjon og praktisk hjelp og tjenester.

Ved bruk av data innhentet fra Stork Groruddalen forskningsprogram har denne kvantitative studien undersøkt om sosial støtte har en påvirkning på gravide kvinners aktivitetsnivå i en multietnisk populasjon fra østkanten av Oslo.

Resultater i denne studien konkluderer med at over 90 prosenter av kvinnene er mindre fysisk aktive enn det helsemyndighetene anbefaler. Å gå rolig tur er den formen for fysisk aktivitet som kvinnene foretrekker. Gravide kvinner mottar også lite sosial støtte fra både venner og medlemmer i husstanden. De får oftest informasjon om helseeffekter av fysisk aktiv, og sjeldnest praktisk hjelp. Analysene viser at sosial støtte sett som en samlet størrelse

ikke har betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Videre i analysene skiller jeg mellom sosial støtte fra venner og støtte fra medlemmer i husstanden. Resultatene viser at sosial støtte fortsatt ikke har noen betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. I det tredje analysenivået skiller jeg mellom tre ulike former for sosial støtte gitt av henholdsvis venner og medlemmer i husstanden. Resultatene viste at oppmuntring, informasjon og frigjøring av tid ikke fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner. Det å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, har derimot en signifikant positiv sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå. Jeg har tolket funnene dit hen, at det sosiale aspektet er en viktig faktor for gravide kvinners motivasjon for å være fysisk aktiv under svangerskapet.

Forord

Jeg vil først og fremst si tusen, tusen takk til mine to veiledere Åse Strandbu og Nicolai Borgen. Deres støtte og hjelp har vært uunnværlig for meg gjennom denne oppgaven.

Takk til Stork Groruddalen og Hanna Selstø Hatlehol for datamaterialet og opplysende samtaler om graviditet og trening.

Så vil jeg takke Janna, Karina, Ellen og Anne for våre samtaler om teori og metode, vær og vind.

Videre vil jeg takke svigermor, Marianne, Karina og min kjære for gjennomlesning og korrektur.

Takk til svigers som har vært barnevakt xxx antall helger dette året. Vil også takk Hanna & Øystein for at dere passet jentene i innspurten,

Sist men ikke minst, tusen takk til min kjæreste Per, og mine vakre jenter Tinea og Adele for at dere har holdt ut med meg gjennom denne perioden.

Jenni Åkre, Oslo 2013.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hvorfor bør gravide kvinner være fysisk aktive?	2
1.2	Oppgavens struktur	4
2	Teori og tidligere forskning.....	6
2.1	Den gravide kroppen.....	7
2.2	Gravide kvinner og fysisk aktivitet: Tidligere studier	13
2.2.1	Gravide kvinners forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet.....	14
2.2.2	Barrierer	16
2.2.3	Mangel på sosial støtte	17
2.2.4	Betraktninger om studiene	18
2.3	Hvordan kan sosiale relasjoner påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå?.....	21
2.3.1	Sosiale nettverk	21
2.4	Oppsummering og utledning av hypoteser	25
3	Data og metode.....	31
3.1	Beskrivelse av datamaterialet	31
3.2	Faktoranalyse	33
3.3	Operasjonalisering av variablene.....	35
3.3.1	Forklaringsvariabel.....	35
3.3.2	Påvirkningsvariabler.....	36
3.3.3	Kontrollvariabler	39
3.4	Statistiske metoder.....	40
3.4.1	Lineær regresjonsanalyse (OLS)	40
3.4.2	Fixed effects analyse (FE)	41
3.5	Analyseplan	42
4	Fysisk aktivitet og sosial støtte.....	45
4.1	Gravide kvinners aktivitetsnivå og endringer gjennom svangerskapet	45
4.2	Fysisk aktivitetsgrener og endringer gjennom svangerskapet	46
4.3	Mottatt sosial støtte og endringer gjennom svangerskapet.....	48
4.4	Betydningen av sosiodemografisk tilhørighet	52
4.4.1	Etnisitet.....	53
4.4.2	Integrasjonsnivå	55

4.4.3	Sosioøkonomisk status	56
4.4.4	Alder	57
4.5	Oppsummering	58
5	Har sosial støtte betydning?	60
5.1	Sosial støtte	60
5.2	Støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden	64
5.2.1	Analyseresultat: Venner og medlemmer i husstanden	64
5.3	Typer sosial støtte: emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte	67
5.3.1	Analyseresultater: Emosjonell støtte fra venner og fra husstanden	67
5.3.2	Analyseresultater: Evaluerende støtte fra venner og fra husstanden	70
5.3.3	Analyseresultater: Instrumentell støtte fra venner og fra husstanden	72
5.4	Oppsummering	75
6	Diskusjon	77
6.1	Lavt aktivitetsnivå og lite sosial støtte	77
6.1.1	Gravide kvinner - for lite fysisk aktive?	78
6.1.2	Gravide kvinner får lite sosial støtte	80
6.2	Betydningen av sosial støtte på fysisk aktivitet	83
6.2.1	Sosial støtte har ikke betydning	83
6.2.2	«Å trene sammen» – den eneste signifikante sammenhengen	86
6.3	Betraktninger ved studien og veien videre	90
	Litteraturliste	95
	Vedlegg	103

Tabelloversikt

Figur 1.1: Oversikt over ulike dimensjoner av sosial støtte	29
Tabell 4.1: Fysisk aktivitetsnivå i antall minutter pr uke	46
Tabell 4.2: Aktivitetsgrener og frekvens ^a	47
Tabell 4.3: Endringer i aktivitetsgrener fra svangerskapsuke 8-20 til 22-30. ^a	48
Tabell 4.4: Frekvens og ulike former for sosial støtte ^a	49
Tabell 4.5: Endringer i sosial støtte fra svangerskapsuke 8-20 til 22-30. ^a	51
Tabell 4.6: Bivariat analyse av sosiodemografiske faktorer og fysisk aktivitetsnivå ^{abc}	53
Tabell 4.7: T-test av etnisitet og sosial støtte ^{ab}	54
Tabell 4.8: T-test av integrasjonsnivå og sosial støtte ^{ab}	55
Tabell 4.9: T-test av sosioøkonomisk status og sosial støtte ^{ab}	56
Tabell 4.10: T-test av alder og sosial støtte ^{ab}	57
Tabell 5.1: Lineær regresjon og fixed effect analyse av sosial støtte på aktivitetsnivå ^{ab}	61
Tabell 5.2: Lineær regresjon og fixed effect analyse av støtte fra venner ^{ab}	65
Tabell 5.3: Lineær regresjon og fixed effect analyse av støtte fra husstanden ^{ab}	66
Tabell 5.4: Lineær regresjon og fixed effect analyse av emosjonell støtte fra venner ^{ab}	68
Tabell 5.5: Lineær regresjon og fixed effect analyse av emosjonell støtte fra husstanden ^{ab} ..	69
Tabell 5.6: Lineær regresjon og fixed effects analyse av evaluerende støtte fra venner ^{ab}	70
Tabell 5.7: Lineær regresjon og fixed effect analyse av evaluerende støtte fra husstanden ^{ab} ..	71
Tabell 5.8: Lineær regresjon og fixed effect analyse av instrumentell støtte fra venner ^{ab}	72
Tabell 5.9: Lineær regresjon og fixed effect analyse av instrumentell støtte fra husstanden ^{ab}	74

1 Innledning

Det er en ofte uttrykt bekymring fra helsevesenet og myndighetene at relativt få gravide kvinner oppfyller de offentlige anbefalingene for fysisk aktivitet under svangerskapet. Flere studier har undersøkt hvilke faktorer som fremmer fysisk aktivitet, men de fleste av disse studiene har begrenset seg til kjennetegn ved kvinnene. Denne oppgaven undersøker nettverkets betydning. Oppgaven handler om gravide kvinner og hvilken betydning støtte fra familie og venner har for at de skal holde seg fysisk aktive i svangerskapet.

Idrett og sosial kapital er allerede et stort forskningsfelt, men hovedvekten av bidragene handler om idretten som arena for generering av sosial kapital (Nicholson & Høye, 2008). Nettverkets betydning for om en driver med trening eller idrett har langt på vei blitt oversett i disse studiene. Det å være gravid er en fase med store endringer i vaner og livsstil som gjør at kvinnene i større grad er avhengige av informasjon. Derfor er nettverkets betydning viktig for å undersøke om sosial støtte kan påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå.

Gjennom svangerskapsomsorgen og svangerskapslitteratur får gravide kvinner informasjon om helsefremmende atferd gjennom svangerskapet. Ifølge Ravn (2004) er mye av denne litteraturen basert på en biomedisinsk forståelse, der formålet er at gravide kvinner skal tilegne seg kunnskap, slik at de på best mulig måte er i stand til å ta vare på seg selv og fosteret. I disse anbefalingene fremheves ofte fysisk aktivitet gjennom svangerskapet som helsebringende både for mor og fosteret. Spesielt medisinsk og psykologisk forskning har vært interessert i dette temaet for å oppnå økt kunnskap om hva som kan fremme helseatferd blant gravide kvinner.

I denne oppgaven vil jeg bidra ved å undersøke nettverkets innflytelse og betydningen av sosial støtte for gravide kvinners aktivitetsnivå. Jeg vil undersøke om sosial støtte fra nettverket fører til at gravide kvinner øker aktivitetsnivået. Videre vil jeg undersøke om gravide kvinner responderer forskjellig om de får støtte fra venner eller medlemmer i husstanden. I tillegg vil jeg undersøke om ulike former for sosial støtte (oppmuntring, informasjon, praktisk hjelp og tjenester) har forskjellig betydning for den gravides fysiske aktivitetsnivå.

Datamaterialet er hentet fra en populasjonsbasert prospektiv kohortstudie, utført av Stork Groruddalen forskningsprogram i Oslo. Spørreskjemaene er besvart av 823 gravide

kvinner som bor eller tilhører helsestasjoner i Groruddalen. Kvinnene er bosatt i 3 bydeler; Stovner, Bjerke og Grorud.

Ravn (2004) og Young (2005) mener at det er ulike forståelser og praksiser knyttet til graviditet i forskjellige kulturer. Etnisk bakgrunn vil bli inkludert med i studien som en kontrollvariabel, men vil ikke bli diskutert i større grad.

1.1 Hvorfor bør gravide kvinner være fysisk aktive?

I et historisk perspektiv har viktige påvirkningsfaktorer for individers helse endret seg. Fra 1800 tallet og frem til 1945, var overbefolkning kombinert med dårlig mattilførsel og mangelfulle helsetjenester faktorer som påvirket individers helse i vestlige land.

Infeksjonssykdommer var en av de største årsakene til den høye spedbarnsdødelighet. I dag fremheves ofte livsstil som årsaken til ulike sykdommer og dårlig helse. Eksempler på dette kan være sigarettøyking, usunne matvaner og mangel på fysisk aktivitet (Biddle og Mutrie, 2008). Endringer i livsstil har bidratt til egne helseproblemer forklart som «hypokinetiske» sykdommer, eller helseproblemer som oppstår på grunnlag av, eller er relatert til blant annet mangel på fysisk aktivitet. Mangel på fysisk aktivitet kan relateres til dårlig mental helse, hjerte- og kar sykdommer, overvekt, ryggsmarter, benskjørhet, høyt blodtrykk, diabetes og enkelte typer kreft (Biddle & Mutrie, 2008).

Helsemyndighetene har utarbeidet nasjonale anbefalinger som vektlegger at voksne mennesker bør være fysisk aktiv i 30 minutter hver dag, eller 3-5 ganger i uken, men da med høyere intensitet i 15-30 minutter (Helsedirektoratet, 2008). Undersøkelser viser at en stor andel av den voksne befolkningen ikke følger disse anbefalingene. Det er også knyttet klare sosiale forskjeller opp mot livsstil. Utdanning og inntekt fremtrer som viktige faktorer sett i sammenheng med fysisk aktivitet (Ommundsen & Aadland, 2009).

Gravide kvinner oppfordres til å være fysisk aktive (Gaston & Cramp, 2011). Ifølge Jenum et al. (2010) er fysisk aktivitet en viktig faktor for å begrense stor vektøkning under svangerskapet. Stor vektøkning øker risikoen for å utvikle svangerskapsdiabetes, og sannsynligheten for at babyen fødes med høy fødselsvekt. Dette kan videre innebære en mer komplisert og langvarig fødsel. Ifølge Cioffi et al. (2010) kan også ryggsmarter og psykiske vansker reduseres gjennom fysisk aktivitet. På tross av dette har gravide kvinner et lavere

aktivitetsnivå enn det som helsemyndighetene anbefaler. Det viser seg også at gravide kvinner har en tendens til å redusere aktivitetsnivået gjennom svangerskapet (Gaston & Cramp, 2011; Owe et al., 2010; Leiferman, Swibas, Koiness, Marshall & Dunn, 2011; Weir et al., 2010; Downs & Hausenblas, 2003, 2004 og 2007; Haakstad, Voldner, Henriksen & Bø, 2009; Evenson, Moos, Carrier & Siega-Riz, 2009; Doran & O'Brien, 2007 og Cramp & Bray, 2009). Av den grunn er det samfunnsmessig relevant å undersøke forhold som kan ha betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå.

I tillegg til å ha positive fysiologiske konsekvenser, redegjør Ulseth (2008) for ytterligere to måter der fysisk aktivitet kan være helsefremmende. For det første vektlegger det psykologiske fagfeltet at fysisk aktivitet har positive psykologiske effekter. For det andre har fysisk aktivitet også en sosial funksjon der deltagelse i fritidsaktiviteter kan bidra til sosial integrasjon. Idrett er en arena hvor individer kan ha et sosialt fellesskap med hverandre og dette temaet er et viktig sosiologisk interessefelt. Biddle og Mutrie (2008) hevder at psykologer og sosiologer har angrepet spørsmålet om *hva* som påvirker individers helseatferd på ulike måter. Psykologiske retninger vektlegger individet, mens sosiologien heller vektlegger betydningen av sosiale strukturer. Ifølge Biddle og Mutrie (2008) har vi mye kunnskap om de biologiske helseeffektene av fysisk aktivitet, mens de psykologiske mekanismene – og da spesielt hvilke faktorer som påvirker valget om å være fysisk aktiv eller ikke – vet vi mindre om. Flere studier har undersøkt hva som kan påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå. Disse studiene har i stor grad vært opptatt av individuelle kjennetegn ved kvinnene som forklaringer. Av den grunn har fokuset hovedsaklig vært rettet mot kvinnes forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet, motivasjonsfaktorer og barrierer.

På bakgrunn av en gjennomgang av studier som har undersøkt sammenhenger mellom sosial støtte og fysisk aktivitet blant voksne og ungdom, hevder Trost, Owen, Bauman, Sallis og Brown (2002) at sosial støtte fra venner og familie/partner, samt familiens eget aktivitetsnivå er viktig for egen deltagelse i sport og fritidsaktiviteter. Thornton et al. (2006) har undersøkt hvilken rolle sosial støtte kan ha for amerikanske gravide kvinner med bakgrunn fra Latin-Amerika, og deres forståelse og utførelse av helseatferd. Studien konkluderer med at sosial støtte påvirker gravide kvinners helseatferd. Jeg er ikke kjent med noen norske studier som har undersøkt betydningen av sosial støtte for gravide kvinners aktivitetsnivå. Av den grunn vil jeg i denne oppgaven undersøke betydningen av sosial støtte for gravide kvinners aktivitetsnivå.

1.2 Oppgavens struktur

I de kommende kapitlene vil jeg besvare problemstillingen: Fører sosial støtte til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner?

I kapittel 2 vil jeg starte med å belyse den gravide kroppen og dens betydning for hvilken atferd kvinner utfører gjennom svangerskapet. Gravide kvinner får mye informasjon om hvilken atferd de «bør» og «ikke bør» utføre både fra svangerskapslitteraturen og helsepersonell, men også fra sine sosiale nettverk. Dette gjelder også temaet fysisk aktivitet.

Tidligere forskning har trukket frem flere grunner til at gravide kvinners aktivitetsnivå er lavere enn det anbefalingene tilsier. Resultatene vektlegger at kvinnenenes intensjoner om å være fysisk aktiv er forbundet med deres forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet, samt hindringer i hverdagen som fremtrer som viktige for deres motivasjon for å være fysisk aktiv. En av faktorene er mangel på sosial støtte. Kapittel 2 fortsetter derfor med å redegjøre for nettverksteori og teori om sosial støtte. På bakgrunn av en antagelse om at gravide kvinner vil øke aktivitetsnivået dersom de får sosial støtte, vil jeg utlede hypoteser i slutten av dette kapittelet som skal testes empirisk i kapittel 5.

I kapittel 3 begrunnes valg av forskningsmetode, utvalget og datamaterialets egenskaper blir belyst, samt operasjonalisering av variabler og valg av statistiske metoder.

I kapittel 4 vil jeg undersøke gravide kvinners fysiske aktivitetsmønstre og endringer i mønstre - både i form av frekvens og hvilke aktivitetsgrener gravide kvinner foretrekker. Videre vil jeg undersøke hvilke former og frekvens av sosial støtte som gravide kvinner mottar gjennom svangerskapet. Til slutt i kapittelet vil jeg presentere en oversikt av sosiodemografiske faktorer og mulige sammenhenger tilknyttet aktivitetsnivå og støtte. Disse vil bli inkludert i analysene i kapittel 5 som kontrollvariabler.

I kapittel 5 vil jeg gjennomføre 9 analyser der jeg benytter ulike mål på sosial støtte for å fange opp betydningen av sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå.

På bakgrunn av analyseresultatene i kapittel 4 og 5 vil jeg i oppgavens siste kapittel drøfte analyseresultatene opp mot foreliggende litteratur på feltet. Oppgaven avsluttes med en redegjøring for svakheter ved oppgaven, samt en oppfordring til videre forskning på tematikken om betydningen av sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå.

2 Teori og tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for tidligere forskning om graviditet og fysisk aktivitet, samt teori og perspektiver som kan være med å belyse gravide kvinners aktivitetsnivå. I del 2.1 vil jeg presentere teori om den gravide kroppen. Den gravide kroppen legger føringer på hvilken atferd kvinner utfører. Også omgivelsene har kontekstbundne forventninger om hva gravide kvinner «bør» eller «ikke bør» gjøre. Hvordan kroppen oppfattes, forstås og arbeides med er ifølge Young (2005) og Ravn (2004) avhengig av kulturelle forståelser og praksiser under svangerskapet. Av den grunn har jeg i dette kapittelet valgt å presentere en forståelse av den gravide kroppen som oftest relateres til vestlige samfunn.

I del 2.2 vil jeg redegjøre for tidligere forskning på temaet gravide kvinner og fysisk aktivitet. Helsefaglige retninger er spesielt interessert i dette temaet. Forskere fra det medisinske og psykologiske feltet har utført flere studier for å finne svar på hvilke faktorer som kan fremme gravide kvinners aktivitetsnivå. Etter litteratursøk og gjennomlesing av flere studier som har undersøkt dette, fant jeg det relevant å dele resultatene opp i tre undertemaer: forståelse, barrierer og mangel på sosial støtte. Selv om studiene tilbyr mye nyttig kunnskap som har relevans for mitt forskningsspørsmål, har de også noen svakheter som jeg vil redegjøre for i den siste delen av dette delkapittelet.

Med helseatferd som fellesnevner, vil jeg videre i del 2.3 redegjøre for nettverksperspektiv og sosial støtte. Dette for å belyse hvordan sosiale relasjoner kan være med på å påvirke individers helseatferd. Ifølge House (1987) og House, Umberson og Landis (1988) er det biomedisinen og den psykologiske forskningen som også her har vært de største bidragsyterne i den nyere litteraturen om helseatferd og betydningen av sosiale nettverk og sosial støtte. For å kunne undersøke betydningen av sosiale nettverk på individers helseatferd må fokuset rettes mot det relasjonelle innholdet som blir utvekslet innenfor nettverkene. På den måten kan man finne ut *hva* det er med sosiale relasjoner som påvirker helse og *hvordan* disse effektene skjer.

Til slutt i dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av de foregående delkapitlene, utlede hypoteser om hvordan jeg tenker at sosial støtte fra venner og husstanden kan påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå gjennom svangerskapet.

2.1 Den gravide kroppen

Det er gjerne når kroppen ikke fungerer eller føles annerledes enn den vanligvis pleier, at vi blir bevisst på dens symbolikk og betydning for atferd. Et svangerskap kan være et eksempel på en slik «unormal» kroppstilstand. Under et svangerskap blir man bevisst på kroppen, dens utseende og endringer. I ni måneder blir kroppen midtpunktet. I denne perioden gjennomgår kroppen store endringer som kan prege kvinners individuelle forståelse av seg selv, men også omverdens forståelse av gravide kvinner (Draper, 2003). Noe av det særegne ved et svangerskap er ifølge Young (2005) det faktum at kvinnens tidligere vaner og handlingsrepertoar ikke lenger kan benyttes som veiviser. Av den grunn må gravide kvinner rette seg mot andre holdepunkter for å lære hvordan man skal «være» gravid.

Young (2005) mener at gravide kvinner preges av det hun kaller en «uskyldig narsissisme» under svangerskapet. Fokuset på kroppen og dens utvikling er altoppslukende og oppmerksomheten rettes kontinuerlig mot kroppens utseende og utvikling. Dette oppfattes ikke alltid som positivt for gravide kvinner, da følelsen av kontroll over deres egen kropp samtidig utfordres. Noen opplever de kroppslige endringene som utfordrende fordi deres forståelse av seg selv og sitt utseende ikke lenger samsvarer med deres «gravide» kropp (Johnson, 2002).

Mennesker former kroppen på mange ulike måter for å vise en sosialt ønskelig kropp. Trening er aktuelt også for gravide kvinner (Nash, 2011 og Johnson, 2002). Ifølge Nash (2011) blir dette idealet forsterket gjennom magasiner som henvender seg til gravide kvinner. I magasinene symboliserer en «trent gravid kropp» det å være en «god mor». Videre hevder Johnson (2002) at gravide kvinner kan godta kroppsendringene under svangerskapet, gjennom en motstrategi som retter fokuset på «å få tilbake kroppen» etter fødselen.

Young (2005) hevder at dersom gravide kvinner baserer selvfølelsen på idealet om den «slanke» kroppen, så vil de kroppslige endringene under svangerskapet bidra til at de føler seg stygge og fremmedgjort. I motsetning til dette kan andre kvinner heller oppleve en økt følelse av makt, styrke og naturlighet som gir dem selv-respekt både ut fra sin egen forståelse av kroppen og andre menneskers omsorg for deres velvære. Selv om gravide kvinner kjenner til idealet om den «perfekte» gravide kropp, så mener Ravn (2004) at gravide kvinner er mer opptatt av de positive ytre kroppslige endringene der brystene blir større og den «slappe» magen blir en ekte «gravid mage».

Gravide kvinner erfarer endringer både med og i kroppen. Young (2005) mener at dette innebærer en endring i kroppserfaringer der kvinnens «selv» blir doblet eller splittet. Kroppsgrensene endres og kroppen erfares som henne selv, men likevel ikke henne selv. Hennes oppmerksomhet er også like mye rettet mot den voksende «magen» som på «henne» i seg selv (Young, 2005). «Then I feel a little tickle, a little gurgle in the belly. It is my feeling, my insides, and it feels somewhat like a gas bubble, but it is not; it is different, in another place, belonging to another, another that is nevertheless my body» (Young, 2005, s. 49).

Det er spesielt når kvinnene kjenner bevegelser fra fosteret første gang, at denne splittelsen skjer. «As the months and weeks progress, increasingly I feel my inside, strained and pressed, and increasingly feel the movement of a body inside me» (Young, 2005, s. 50).

Skillet mellom hva som er innenfor/kvinnens selv og hva som er utenfor/separat blir flytende (Draper, 2003). Kroppen – slik kvinnen kjenner den fra før, er ikke lenger i tråd med hennes erfaringer av seg selv. Denne følelsen av at kroppen endres på bakgrunn av noe som er utenfor en selv, men likevel innenfor en selv, er bare noe som erfares i et svangerskap. Kvinners forståelse av sin egen identitet blir dermed mer utydelig når kroppsgrensene ikke lenger fungerer som fysiske markører av individualitet (Bailey, 1999).

Young (2005) er likevel optimistisk til dette skillet og hevder at gravide kvinners erfaringer av seg selv både er en kilde og deltakelse i en kreativ prosess som et subjekt. Gravide kvinner er ikke kropper forstått som maskiner som produserer barn, men de er selv skaperne og de deltar i produksjonsprosessen på en refleksiv måte. Av den grunn vil ikke kroppen oppfattes som fremmedgjørende selv om kroppen endres (Nash, 2011). Dette poenget er også i tråd med Ravns (2004) forståelse av svangerskapet som «noe i seg selv». I sin doktoravhandling i sosialantropologi har Malin Noem Ravn intervjuet norske gravide kvinner for å undersøke om deres forståelse av det å være gravid kan oppfattes som en «ventetid». Resultatene hennes viser at svangerskapet kan forstås som to autonomiseringsprosesser der både svangerskapet og fosteret har mening som «noe i seg selv» (Ravn, 2004, s. 7).

I vestlige samfunn har forståelsen av graviditet i stor grad blitt preget av biomedisinens forståelse av kroppen (Ravn, 2004; Young, 2005 og Wetterberg, 2004). Biomedisinen bygger på et felles idegrunnlag der kroppen blir forstått som en ren biologisk størrelse hvor fokuset rettes mot kroppens anatomi, fysiologi og patologi forstått som løsrevet

fra individers subjektivitet (Hughes, 2000). Biomedisinen har preget forståelsen av den gravide kroppen gjennom målinger og veing der vurderingene blir lagt på bakgrunn av en frisk/syk, normal/unormal skala. Den gravide kroppen vil dermed forstås som å fungere i kraft av seg selv og i mange tilfeller løsrevet fra kvinnes intensjoner, forståelser og handlingsvalg (Ravn, 2004).

Både gravide kvinner og svangerskapslitteraturen lener seg ifølge Ravn (2004, s. 77) til denne forståelsen og terminologien om graviditeten og svangerskapet. Spesielt det medisinske fagfeltet er med på å prege vår forståelse av svangerskapet og dets forløp. Både den informasjonen som gravide kvinner får om svangerskapet formidlet gjennom lege og helsestasjon, brosjyrer/bøker og internett-sider, er preget av den medisinske forståelsen. Det underliggende formålet med denne informasjonen er at gravide kvinner «skal og bør» få muligheten til å tilegne seg kunnskap med formål om å ta vare på sin egen og barnets helse (Ravn, 2004).

Informasjonsformidlingen som både helsepersonell og svangerskapslitteraturen generelt gir til gravide kvinner, er i stor grad preget av hvilken atferd som er bra eller skadelig for mor og foster. I brosjyren «Er du gravid?» som Helsedirektoratet (2005) har utarbeidet, er det listet opp retningslinjer for hva gravide kvinner «bør» gjøre og «ikke bør» gjøre under svangerskapet: anbefalinger om ulike typer matprodukter, informasjon om bruk/utførelse av kosttilskudd, jern, tran og vitaminer, tannhelse, amming, medisiner, naturlegemidler, samleie, alkohol, røyking, hasj, bilbelte, utenlandsreiser/reiseforsikring/vaksiner, flyreiser og blodpropp. Også anbefalinger som vedrører trening er beskrevet i heftet *Er du gravid?* fra Helsedirektoratet:

Er du frisk og gravid med et normalt svangerskap, bør du fortsette med fysisk aktivitet.

Gode aktiviteter kan være turgåing, jogging, sykling, ulike former for dans, såkalt

«low impact» aerobics uten løp og hopp, gymnastikk og svømming. 30 minutter

bevegelse hver dag hvor du blir svett og varm, er nok til å gi helsegevinster. Disse 30

minuttene kan også deles opp i 3x10min og fortsatt gi den samme gode virkningen.

Styrketrening er viktig både før, under og etter svangerskapet, spesielt trening av

bekkenbunnsmuskulaturen. Enkelte typer sport kan gi slag mot magen, fall og store

leddbelastninger, og kan derfor være uheldig. Vi anbefaler ikke ekstremidretter når du er gravid. Du bør unngå kampsport, ishockey, fotball, basket- og håndball i svangerskapet. Dykking til store dyp kan gi trykkskader og andre fødselsskader hos fosteret. Unngå overoppheting i forbindelse med fysisk aktivitet (*Er du gravid? Informasjon om svangerskapsomsorgen*, Helsedirektoratet, 2005, s. 10).

Som tidligere nevnt, er denne informasjonen ment å være til nytte for kvinnene, med formål om å øke det individuelle ansvaret. Informasjonen baseres på orientering om mulig risikoatferd hvor formålet er at kvinnene skal få mulighet til å innrette dagliglivet på bakgrunn av denne kunnskapen (Ravn, 2004, s. 102; Hughes, 2000 og Wetterberg, 2004).

Ifølge Ravn (2004) og Howson (2004) resulterer dette i at graviditeten blir «offentlig» anliggende. Gravide kvinner er synlige i det offentlige rom, og populærkulturen oppfordrer kvinner til å vise graviditeten gjennom klær som fremhever den gravide kroppen. I tillegg «inviterer» den runde gravide magen til at folk skal strekke ut hånden og ta på den (Howson, 2004 og Ravn, 2004). Howson (2004) vektlegger at problemet med det offentlige fokuset, er at fosteret antas en identitet og status i seg selv både gjennom medisinsk og kulturell praksis, som fører til at helsen til fostret får større betydning enn kvinnens rett over egen kropp.

Ifølge Wetterberg (2004) blir gravide kvinner «overvåket» av kollegaer, venner, autoriteter og til og med helt fremmede mennesker som stiller spørsmål ved deres atferd og opptreden. Deres formål ved å gi den gravide råd eller kritikk, er å forsikre seg om at kvinnene ikke setter fosterets helse i fare. Kvinners valg og atferd blir dermed forstått som en sak av offentligheten (Wetterberg, 2004). Dette gjelder også for handlingsvalg som for eksempel fysisk aktivitet. Den biomedisinske forståelsen anser fysisk aktivitet som sunt både for mor og fosteret. Fysisk aktivitet forstås som gunstig for å styrke og vedlikeholde kvinnens allmenntilstand og forberede kvinnens kropp til fødselen. Av den grunn anbefales fysisk aktivitet som en del av sunnere levevaner (Helsedirektoratet, 2008). De nasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet under svangerskapet anbefaler 30 minutter moderat fysisk aktivitet hver dag, eller 3 til 5 ganger i uken med minst 15 til 30 minutters intervaller (Helsedirektoratet, 2008).

Helsedirektoratet (2008) anbefaler aktivitetsgrener som har lav skaderisiko for mor og barn. Dette innebærer for eksempel at kondisjonstrening i de tre første månedene bare anbefales så lenge kroppstemperatur ikke blir «for» høy og at man bør unngå høy intensitet i et varmt og fuktig klima. Derimot anbefales aktiviteter der det jobbes inn mot store muskelgrupper, som for eksempel spaserturer, jogging, sykling, aerobics, steptrening, svømming og dans. Svømming er spesielt velegnet for gravide kvinner med bekken og ryggproblemer. Styrketrening med fokus på bekkenbunnsmuskulatur og rygg er nyttig. Styrking av magemuskler, armer og ben er også anbefalt, men styrkeøvelser for mage bør gjøres sittende, liggende på siden eller stående etter 16.svangerskapsuke (Helsedirektoratet, 2008).

Idrett som innebærer stor fare for fall, som for eksempel utforkjøring, skøyteløp, apparatgymnastikk eller ridning og ishockey frarådes grunnet faren for fosterskade dersom kvinnen faller. Fysisk trening i høyden kan føre til at fosteret får for lite oksygen. Dersom gravide kvinner skal drive med konkurranseidrett kreves det nøye oppfølging både av ansvarlig fødselslege og idrettslege. I tillegg til regelmessig kontroll under graviditeten anbefales ultralyd for å kontrollere at fosteret vokser i tråd med normale vekstkurver. Det oppfordres også å kontakte fysioterapeut uansett hvilke fysiske øvelse man utfører for å få riktig veiledning av fagfolk (Helsedirektoratet, 2008).

Tidligere studier som har undersøkt temaet «gravide kvinner og fysisk aktivitet», vektlegger at kvinnene får informasjon om helsefordeler ved fysisk aktivitet fra ulike kilder.

Ifølge Weir et al. (2010) og Cioffi et al. (2010) oppgir deres informanter bøker, tv og internett som deres primære informasjonskilder, mens Clarke og Gross (2004) også vektlegger brosjyrer funnet på helsesentrene som den viktigste informasjonskilden om fysisk aktivitet under svangerskapet. I tillegg til informasjon fra helsevesenet og skriftlig litteratur, viser Ravn (2004) til at gravide kvinner får tips og råd om atferd fra egne mødre og andre kvinner i deres sosiale nettverk. Evenson og Moos et al. (2009) og Thornton (2006) vektlegger også venner, familie og partner som en viktig kilde til informasjon om fysisk aktivitet under svangerskapet.

Ravn (2004) hevder at de gravide kvinnene i hennes studie, er opplyst og har mye kunnskap om hvordan deres livsstil kan påvirke fosteret. Videre viser hun til at gravide kvinner forholder seg til den store mengden informasjon og retningslinjer for ønskelig livsstil

på en refleksiv måte der ekspertrådene blir nøye vurdert. Det betyr at gravide kvinner bevisst vurderer risikofaktorene som de selv mener er viktigst eller farligst opp mot at det ikke skal medføre for store ulemper eller endringer i deres livsstil. Gravide kvinner inkorporerer dermed ikke ukritisk alle råd de får fra faglitteraturen og helsepersonell.

Informasjonen gravide kvinner får fra sine sosiale nettverk, vurderer de med et kritisk blikk. Evenson og Moos et al. (2009) vektlegger at informantene i deres studie oppfatter den informasjonen de får fra venner, familie og partner som motstridende fordi mødrene til de gravide kvinnene ofte fraråder fysisk aktivitet, mens partneren oppfordrer de til å være fysisk aktive (Weir et al., 2010). Cioffi et al. (2010) mener at en av grunnene til nettverkets motstridende informasjonsformidling kan forklares ved at retningslinjene for fysisk aktivitet har endret seg over tid. Siden 1985 har American Congress of Obstetricians and Gynecologists endret anbefalingene minst fire ganger (Cioffi et al., 2010). Ifølge Ravn (2004) var hennes informanter mer skeptisk til informasjonen de fikk fra sine sosiale nettverk enn informasjon de fikk fra helsepersonell. Dette fordi informasjonen ble oppfattet som utdatert og ikke vitenskapelig korrekt i motsetning til kunnskapsformidlingen fra helsepersonellet. Informasjon i form av mødrenes egne erfaringer fra deres svangerskap ble derimot oppfattet som relevant informasjon. Det kunne blant annet handle om svangerskapsplager, vektøkning, og størrelse på barnet som i større grad ble forstått som biologisk arvelige likhetstrekk.

Thornton et al. (2006) og Kieffer, Willis, Arellano og Guzman (2002), hevder at dersom gravide kvinner har lite kontakt med sine mødrene og kvinnelige slektninger, så mangler de en viktig informasjonskilde som muliggjør handlingsstrategier under svangerskapet. En årsak til dette kan være som Abel og Browner (1998, s. 310) vektlegger, at gravide kvinner i større grad klarer å forholde seg til informasjon fra deres sosiale nettverk, fremfor informasjon fra medisinsk rådgivning. De store mengdene med informasjon kan virke overveldende på den gravide og skape frykt hos henne. Noe som igjen fører til at de ikke nødvendigvis tar i bruk all informasjon fra medisinske rådgivere, og forholder seg selektivt til hvilke anbefalinger de vil følge (Abel & Browner, 1998). Dette er i tråd med Ravn (2004) som redegjør for at hennes informanter refererer til sine egne mødres erfaringer når det gjelder hvilken atferd som er «lov» og «ikke lov». Spesielt når det gjelder utførelse av atferd som blir forstått som skadelig eller uheldig under svangerskapet. Slike «uheldige» handlinger kan dermed forsvares med referanse til mødrenes erfaringer og begrunnes ved at «det gikk helt fint da deres egne mødre gjorde det». I tillegg til referanse til mødrenes erfaringer, så

viser diskrepansen mellom mødrenes kunnskap og nåtidens kunnskap til at informasjonen/kunnskapen stadig endres og at den ikke er konstant.

2.2 Gravide kvinner og fysisk aktivitet: Tidligere studier

På bakgrunn av den biomedisinske forståelsen av fysisk aktivitet under svangerskapet som helsefremmende, har spesielt helsefaglige retninger vært interessert i temaet «gravide kvinner og fysisk aktivitet». Downs og Hausenblas (2003, 2004 og 2007) har undersøkt gravide kvinners intensjoner om fysisk aktivitet under svangerskapet. Intensjonen viser til mål og planer om hvor ofte kvinnene ønsker å være fysisk aktiv under svangerskapet. Studiene til Downs og Hausenblas (2003, 2004 og 2007) forteller oss at gravide kvinners ønsker og målsettinger om å være fysisk aktiv under svangerskapet, er nært knyttet opp mot deres forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet, kvinnenes egen følelse av faktorer i hverdagen som begrenser eller motiverer til fysisk aktivitet, samt de normer om utførelse av fysisk aktivitet som er i deres sosiale nettverk. Gjennom litteratursøk og aktiv bruk av relevante studiers litteraturliste, fant jeg frem til flere relevante studier som har undersøkt temaet «gravide kvinner og fysisk aktivitet under svangerskapet». Inspirert av Downs og Hausenblas (2003, 2004 og 2007) har jeg gruppert studiene inn i tre bolker ut fra hva de handlet om:

- a) forståelse som gravide kvinner har av fysisk aktivitet under svangerskapet,
- b) hvilke barrierer de opplever i hverdagen,
- c) nettverkets påvirkning for deres motivasjon til å være fysisk aktiv.

Dette vil jeg vise i del 2.2.1-2.2.3. Til slutt i del 2.2.4 vil jeg belyse viktige implikasjoner ved disse studiene og redegjøre for hvordan min studie kan tilføre noe nytt i denne tematikken.

2.2.1 Gravide kvinners forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet

Flere studier har tatt for seg viktige faktorer som påvirker gravide kvinners aktivitetsnivå. Gjennom intervjuer av gravide kvinner har Haakstad et al. (2009), Kieffer et al. (2002), Thornton et al. (2006), Doran og O'Brien (2007), Weir et al. (2010), Evenson og Moos et al. (2009), Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton og Kelly (2009) Leiferman et al. (2011) og Cioffi et al. (2010) funnet frem til viktige aspekter ved gravide kvinners forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet. Med unntak av Haakstad et al. (2009) er alle basert på intervjuer med gravide. Flere av studiene redegjør for at gravide kvinner har et positivt syn på fysisk aktivitet gjennom svangerskapet. Haakstad et al. (2009); Leiferman et al., (2011); Weir et al., (2010) og Cioffi et al., (2010) vektlegger at gravide kvinner mener at fysisk aktivitet er positivt for reduksjon av fysiske svangerskapsplager. I tillegg vil kroppen styrkes, og det sees på som en fordel under fødselen. Fysisk aktivitet ble også vektlagt som et godt verktøy for å kontrollere vektøkningen under svangerskapet (Cioffi et al. 2010; Duncombe et al., 2009; Leiferman et al., 2011 og Haakstad et al., 2009) og for å oppnå god fysisk form etter fødselen (Haakstad et al., 2009; Weir, 2010 og Cioffi et al. 2010).

I tillegg ble fysisk aktivitet knyttet opp mot mental helse ved at fysisk aktivitet ble beskrevet som en god måte å redusere stress på (Cioffi et al., 2010 og Duncombe et al., 2009). Spesielt de gravide kvinnene som hadde barn fra før, hadde en formening om at fysisk aktivitet fungerte som en kilde til mindre negative følelser, mer glede og økt energi (Leiferman et al., 2011 og Duncombe et al., 2009).

Flere av studiene redegjør også for at gravide kvinner anser fysisk aktivitet som positivt for fosterets helse (Cioffi et al., 2010; Duncombe et al., 2009 og Leiferman et al., 2011). Fysisk aktivitet under svangerskapet ble derfor forstått som et middel til å oppnå et sunt svangerskap ved å få en god fysisk form og en god mental helse (Weir et al., 2010).

Likevel viser flere av studiene at fysisk aktivitet under svangerskapet ikke ensbetydende blir forstått som positivt. Ifølge Clarke og Gross (2004) forstår gravide kvinner heller fysisk aktivitet som skadelig ved at svangerskapsplagene ville øke dersom de er fysisk aktive. Ifølge Weir et al. (2010) vektlegger også deres informanter vektøkning i svangerskapet som naturlig og akseptert og ikke noe man skulle være opptatt av før barnet var født.

Videre vektlegger Weir et al. (2010) at noen gravide ikke oppfattet at fysisk aktivitet kunne relateres til fosteret i det hele tatt, eller at det heller var andre faktorer som i større grad påvirker fosteret på en positiv måte. Økt fokus på sunn mat var viktigere enn fysisk aktivitet. Dette henger også sammen med Clarke og Gross (2004) og Evenson og Moos et al. (2009) som vektlegger at gravide kvinners forståelse av god helse under svangerskapet i større grad er knyttet opp mot hvile og søvn.

På tross av de ulike resultatene tilknyttet helsegevinster av fysisk aktivitet, viser samtlige studier at gravide kvinner har en frykt for å skade barnet når de er fysisk aktive. Dette dreier seg også om redselen for å skape komplikasjoner under svangerskapet eller fremskynde prematur fødsel (Doran & O'Brien, 2007; Weir et al., 2010; Evenson & Moos et al., 2009; Cioffi et al., 2010; Kieffer et al., 2002 og Thornton et al., 2006). Ifølge Haakstad et al. (2009) rapporterte 20 prosent av kvinnene i deres studie at de ofte eller noen ganger bekymret seg for barnet når de trente. Denne oppfattelsen var sterkest hos de gravide kvinnene som ikke var fysisk aktive under svangerskapet (Leiferman et al., 2011).

Bekymringen for å skade fosteret er bundet opp mot en forståelse av at ulike typer/grener fysisk aktivitet er mer eller mindre skadelig for fosteret. Ifølge Doran og O'Brien (2007) rapporterer deres informanter gåturer, yoga og svømming som trygge aktivitetsgrener for gravide kvinner. Informantene vektla at fysisk aktivitetsgrener som for eksempel lagsport, fotball, jogging, knebøy, squash, vekttrening, mageøvelser og alle andre aktivitetsgrener som gjorde at man fikk høy puls, burde unngås. Det var i tillegg en forståelse av økt verdi av å lytte til kroppen, og noen av kvinnene mente at man heller burde vente med å være fysisk aktiv til etter svangerskapet (Evenson & Moos et al., 2009). Clarke og Gross (2004), forklarer denne bekymringen ved å vise til at informantene anså stress som ugunstig for fosteret, og at hverdagen i seg selv er stressende nok.

Duncombe et al. (2009) undersøkte i en studie om oppfattelsen av fysisk aktivitet som skadelig for fosteret hadde noen påvirkning på gravide kvinners utførelse av fysisk aktivitet. I likhet med Doran og O'Brien (2007) mente Duncombe et al. (2009) at resultatene viste at de gravide kvinnene i deres studie oppfattet fysisk aktivitet med en lav intensivitet og lite belastning som trygg. Trening med høy intensitet og belastende øvelser var derimot ikke bra for fosteret. Denne forståelsen hadde en signifikant påvirkning på aktivitetsnivået til gravide kvinner. Kvinnene anså likevel ikke dette som en årsak til at de selv ikke var fysisk aktive (Duncombe et al., 2009).

2.2.2 Barrierer

Flere studier har funnet helserelaterte årsaker til at gravide kvinner reduserer aktivitetsnivået eller ikke er fysisk aktive gjennom svangerskapet (Clarke & Gross, 2004; Weir et al., 2010; Doran & O'Brien, 2007; Leiferman et al., 2011; Haakstad et al., 2009; Kieffer et al., 2002; Cramp & Bray, 2009; Duncombe et al., 2009 og Cioffi et al., 2010). Ifølge Evenson og Moos et al. (2009) rapporterte 58 prosent av de gravide kvinnene i deres studie helserelaterte barrierer som de viktigste årsakene til at de ikke var fysisk aktive. Disse barrierene var hovedsakelig relatert til lite energi, kortpustethet, ryggplager eller bekkenløsning og behov for mer søvn (Clarke & Gross, 2004; Weir, 2010; Doran & O'Brien, 2007; Leiferman et al., 2011; Haakstad et al., 2009; Kieffer et al., 2002; Cramp & Bray, 2009; Duncombe et al., 2009 og Cioffi et al., 2010).

Videre fant Evenson og Moos et al. (2009) at omtrent en tredjedel rapporterte «ikke-helserelaterte barrierer» som de viktigste grunnene for at de ikke var fysisk aktive. Mangel av tid var en viktig barriere som informantene refererte til (Evenson & Moos et al., 2009; Weir et al., 2010; Leiferman et al., 2011; Kieffer et al., 2002; Haakstad et al., 2009; Duncombe et al., 2009; Cramp & Bray, 2009 og Cioffi et al., 2010). Spesielt det å være i betalt arbeid ble oppfattet som en årsak til at de ikke hadde tid og energi til å være fysisk aktive. Ved å være i arbeid ble de slitne, og det var viktigere å prioritere daglige gjøremål fremfor å være fysisk aktiv (Weir et al., 2010; Leiferman et al., 2011 og Kieffer, 2002). Mangel av tid ble også knyttet opp mot en skyldfølelse og et ønske om å bruke tiden på familien, og da spesielt barna sine, i stedet for å være fysisk aktive (Weir et al., 2010 og Leiferman et al., 2011).

Familien i seg selv ble vektlagt som en barriere grunnet behov for barnevakt (Haakstad et al., 2009; Evenson & Moos et al., 2009; Weir et al., 2010; Cramp & Bray, 2009 og Cioffi et al., 2010). Mangel på motivasjon, (Evenson & Moos et al., 2009; Weir et al., 2010; Leiferman et al., 2011; Clarke & Gross, 2004 og Cioffi et al., 2010) selvtillit til hvordan man skal trene på en trygg måte, samt frykt for å skade fosteret eller fremskynde prematur fødsel ble også vektlagt i studiene som grunner for at gravide kvinner ikke var fysisk aktive (Weir et al. 2010; Doran & O'Brien 2007; Leiferman et al., 2011; Kieffer et al., 2002; Haakstad et al., 2009 og Clarke & Gross, 2004).

Flere av studiene vektlegger at gravide kvinner får for lite informasjon om fysisk aktivitet under svangerskapet (Evenson & Moos et al., 2009; Leiferman et al., 2011; Weir et

al., 2010; Doran & O'Brien, 2007; Haakstad et al., 2009; Clark & Gross, 2004 og Kieffer et al., 2002) og mye av informasjonen som gis er motstridende og upersonlig (Weir et al., 2010 og Cioffi et al., 2010). I tillegg ble værforhold og begrenset tilgang til parker hvor kvinnene kan være fysisk aktive, samt utrygghet ved å være utendørs i nabolaget nevnt som barrierer (Evenson & Moos et al., 2009; Leiferman et al., 2011; Thornton et al., 2006; Kieffer et al., 2002; Weir et al., 2010 og Clarke & Gross, 2004).

2.2.3 Mangel på sosial støtte

Ifølge Evenson og Moos et al. (2009), Leiferman et al. (2011), Kieffer et al. (2002), Weir et al. (2010), Haakstad et al. (2009), Cioffi et al. (2010) og Thornton et al. (2006) kan lite sosial støtte ansees som en viktig barriere for gravide kvinner til å være fysisk aktive. Studiene redegjør for mangel på sosial støtte som en faktor som gravide kvinner oppga som en årsak til at de hadde lite motivasjon til å være fysisk aktiv. Det ble vektlagt både mangel på emosjonell støtte i form av oppmuntring og ros (Cioffi et al., 2010), samt praktisk hjelp til barnepass og avlastning fra hverdagslige gjøremål (Evenson & Moos et al., 2009 og Leiferman et al., 2011). Ifølge Leiferman et al. (2011) er familien/barna både en hindring for å være fysisk aktiv, samtidig som de også fungerer som muliggjørere ved å gi støtte og motivasjon.

Ifølge Thornton (2006) hadde meningene til venner og familie, og da spesielt partneren, stor påvirkning på kvinnes motivasjon og troen på viktigheten av å være fysisk aktiv gjennom svangerskapet. Kulturell tro og familieritualer hadde også en påvirkning på kvinnes forståelse, vaner og atferd (Thornton et al., 2006). Det sosiale nettverkets meninger, holdninger og syn på viktigheten av fysisk aktivitet under svangerskapet kan også komme til uttrykk ved at venner og familie selv er fysisk aktive (Haakstad et al., 2009 og Leiferman et al., 2011), gir informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet (Kieffer et al., 2002 og Thornton et al., 2006), oppmuntre kvinnene til å være fysisk aktive (Cioffi et al., 2010) eller at de er fysisk aktive sammen med de gravide kvinnene (Thornton et al., 2006 og Leiferman et al., 2011). Haakstad et al. (2009) fant ut at 85 prosent av de gravide respondentene i studien deres som var fysisk aktive, rapporterte å trene sammen med venner og familie. De gravide kvinnene i studien til Cioffi et al. (2010) rapporterte at deltagelse på gruppetreninger sammen med andre gravide kvinner var en viktig motivasjonsfaktor. Kieffer et al. (2002) og Thornton et al. (2006) vektlegger at informantene hadde et ønske og behov for

å tilhøre et sosialt nettverk bestående av andre kvinner som de kunne være fysisk aktive sammen med.

2.2.4 Betraktninger om studiene

Disse studiene kan sies å ha to grunnleggende formål: I den ene grupperingen er Doran og O'Brien (2007); Cioffi et al. (2010); Weir et al. (2010) og Clarke og Gross (2004) som har vært mest opptatt av hvilken forståelse og erfaringer gravide kvinner har av fysisk aktivitet under svangerskapet. I den andre grupperingen av studier har vi Leiferman et al. (2011); Kieffer et al. (2002); Cramp og Bray (2009); Evenson og Moos et al. (2009) og Duncombe et al. (2009) som hovedsakelig er opptatt av å avdekke barrierer som begrenser gravide kvinner i å være fysisk aktive. Med unntak av Cramp og Bray (2009) som har undersøkt betydningen av barrierer på gravide kvinners aktivitetsnivå, samt Haakstad et al. (2009) som har undersøkt sammenhengen mellom noen av barrierene, har de resterende studiene heller bidratt til å gi økt informasjon og forståelse av ulike faktorer som trolig kan begrense gravide kvinners muligheter for å være fysisk aktiv. Oppmerksomhet rettet mot hva som *faktisk* påvirker gravide kvinners aktivitetsnivå, har ikke vært hovedfokuset i noen av disse studiene.

Som vi så i del 2.2.1, har tidligere studier konkludert med motstridende funn når det gjelder gravide kvinners forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet. På den ene siden har vi studiene som konkluderer med at gravide kvinner er positive til fysisk aktivitet under svangerskapet. Andre studier vektlegger negative påvirkninger, eller uttrykker en formening om at fysisk aktivitet ikke er viktig i svangerskapet. Det eneste konsistente funnet er at gravide kvinner er bekymret for å skade fosteret når de er fysisk aktive.

En av grunnene til de motstridende funnene kan være utvalget som studiene er basert på. En større andel av informantene i studiene til Duncombe et al. (2009); Haakstad et al. (2009) og Cioffi et al. (2010) har høyere utdanning i motsetning til informantene i studiene til Clarke og Gross (2004); Kieffer et al. (2002); Thornton et al. (2006); Leiferman et al. (2011) og utvalget i den kvalitative delen av studien til Evenson og Moos et al. (2009). Utvalgets etniske bakgrunn kan ha noe å si for deres forståelse av fysisk aktivitet under svangerskapet. Både Duncombe et al. (2009); Leiferman et al. (2011); Cioffi et al. (2010); Weir et al. (2010) Haakstad et al. (2009) og den kvantitative delen av studien til Evenson og Moos et al. (2009)

hadde hovedsakelig rekruttert gravide kvinner med majoritetsbakgrunn. Tidligere studier har vist at en høyere andel av voksne med høy utdanning i motsetning til de med lavere utdanning er fysisk aktive (Trost, 2002). Etnisk bakgrunn har også vist seg å være en viktig faktor, der en større andel av majoritetsbefolkningen i motsetning til minoritetsbefolkningen er fysisk aktive (Gordon-Larsen, McMurray & Popkin, 1999 og Bryan, Tremblay, Claudio, & Katzmarzyk, 2006). Etnisk bakgrunn og utdanningsnivå kan derfor være viktige forklaringsfaktorer for gravide kvinners positive syn på fysisk aktivitet under svangerskapet.

Kieffer et al. (2002) og Thornton et al. (2006) har derimot basert utvalget på spansktalende gravide kvinner som nylig hadde flyttet fra Mexico til Detroit. Fokusgruppen i studien til Evenson og Moos et al. (2009) bestod hovedsakelig av spansktalende gravide kvinner, mens Doran og O'Brien (2007) intervjuet kvinner fra to forskjellige urgrupper i Australia. Clarke og Gross (2004) kan kritiseres for ikke å oppgi utvalgets etniske bakgrunn i studien sin. En overvekt av minoritetskvinner i utvalget kan være en årsak til at de gravide kvinnene i studiene til Kieffer et al. (2002), Thornton et al. (2006), Evenson og Moos et al. (2009), Doran og O'Brien (2007) og Clarke og Gross (2004), hadde flere negative betraktninger rundt fysisk aktivitet under svangerskapet.

Duncombe et al. (2009) Leiferman et al. (2011) og Cioffi et al. (2010) kan også kritiseres for rekrutteringsprosessen. Informantene ble rekruttert gjennom frivillig deltagelse via lapper og flyers, reklame i aviser og lokale nyhetsblader. Dette kan påvirke funnene ved at det trolig er de gravide kvinnene som er mest opptatt av fysisk aktivitet og derigjennom også mer positiv til fysisk aktivitet under svangerskapet, som har meldt seg på studiene. Informantene i studien til Weir et al. (2010) er i motsetning til de øvrige utvalgene i studiene invitert med i studien på bakgrunn av deres BMI. Kvinnene i denne studien hadde relativt høy utdanning og 93 prosent av kvinnene hadde etnisk bakgrunn fra UK. I tillegg var alle overvektige og – opplever en fedme-problematikk – som kan legge føringer på deres forståelse av fysisk aktivitet generelt, men også under svangerskapet. Når dette er sagt, er det likevel viktig å påpeke at de ulike utvalgene som studiene baserer analysene på ikke nødvendigvis gjør studiene «dårlige», men heller at man må være oppmerksom på deres begrensede generaliserbarhet.

Flere av studiene er utført med bakgrunn i psykologiske teorier som *teori om planlagt atferd*, *sosioøkologisk modell*, samt *sosial kognitiv teori*. Weir et al. (2010) og Downs og Hausenblas (2003, 2004 og 2007) har benyttet teorien om planlagt atferd som plattform for å

undersøke om gravide kvinners holdninger, barrierer og subjektive normer¹ er viktig for gravide kvinners aktivitetsnivå. Likevel er det bare i studien til Downs og Hausenblas (2004) at sosial støtte blir benyttet som en av to indikatorer på subjektive normer. På tross av at studien faktisk har med spørsmålet om kvinnene får sosial støtte, så kan studien kritiseres for at svarkategoriene var «ingen støtte» versus «fullstendig støtte». Dette skaper problemer siden sosial støtte trolig ikke forekommer i «enten/eller» former. Studien til Weir et al. (2010) har hovedsakelig fokusert på informantenes fortellinger om mangel på informasjon – og av den grunn i for stor grad oversett andre former for støtte.

Leiferman et al. (2011) og Evenson og Moos et al. (2009) har basert studiene på en sosioøkologisk modell med formål om å undersøke ulike barrierer som begrenser gravide kvinners aktivitetsnivå. I denne modellen rettes oppmerksomheten mot intrapersonlige og interpersonlige faktorer som kan påvirke menneskers atferd. Intrapersonlige barrierer blir forstått som fysisk og psykiske faktorer ved kvinnene, mens interpersonlige barrierer retter oppmerksomheten mot kvinnes sosiale miljøer. Dette har resultert i økt dybdekunnskap om de interpersonlige barrierene deriblant sosial støtte. Likevel kan studiene kritiseres ved at i den kvantitative delen av studien til Evenson og Moos et al. (2009) blir de interpersonlige barrierene målt som én størrelse. Det gjør at vi ikke får ut informasjon om *hvilke typer* faktorer som påvirker gravide kvinners aktivitetsnivå.

Cramp og Bray (2009) derimot har benyttet sosial kognitiv teori og rettet oppmerksomheten mot betydningen av selvtillit og ulike barrierer for gravide kvinners aktivitetsnivå. I likhet med studiene til Evenson og Moos et al. (2009) og Leiferman et al. (2011) kan også denne studien kritiseres for lite nyanserte mål på barrierer. I spørreskjemaet blir kvinnes utfordringer knyttet til fysisk aktivitet under svangerskapet samlet i ett mål som «barrierer». Dermed får vi ikke informasjon om hvilke typer barrierer det innebærer. I den henseende kan studien bidra med en bekreftelse på at barrierer har en betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå, men ikke hvilke typer barrierer som har påvirkning.

Selv om flere av studiene nevner at sosial støtte kan være viktig for gravide kvinners aktivitetsnivå, er det likevel bare studien til Thornton et al. (2006) som inkluderer denne tematikken i studiens forskningsspørsmål. Formålet i denne studien ligger tett opp mot min problemstilling. Hovedfokuset deres er «betydningen av sosial støtte for gravide kvinners

¹ Subjektive normer er her definert som det oppfattede sosiale presset fra signifikante andre, til å utføre en atferd.

forståelse og atferd tilknyttet kroppsvekt, matvaner og fysisk aktivitet under svangerskapet». Studien til Thorntons et al. (2006) er en kvalitativ studie med dybde-intervjuer av gravide og postgravide kvinner fra USA med bakgrunn fra Latin-Amerika. Min kvantitative studie skiller seg fra studien til Thornton et al. (2006) ved ulike problemstillinger, analysemetoder samt ulike populasjoner av gravide kvinner. Studien til Thornton et al. (2006) går i dybden på hvordan sosial støtte påvirker gravide kvinners forståelse av helseatferd, og hvordan støtten kan motivere til å være fysisk aktiv. Min studie vil derimot bidra med statistiske sannsynligheter for at sosial støtte påvirker gravide kvinners aktivitetsnivå.

2.3 Hvordan kan sosiale relasjoner påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå?

Tidligere studier av fysisk aktivitet under svangerskapet viser at gravide kvinners forståelse, oppfattede barrierer, og sosial støtte kan ha betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå. På bakgrunn av disse resultatene vil jeg stille spørsmål om hvordan sosiale nettverk kan bidra til å øke aktivitetsnivået til gravide kvinner gjennom sosial støtte. For å kunne besvare forskningsspørsmålet, vil jeg i det kommende delkapittelet redegjøre for hvordan sosiale nettverk og sosial støtte kan forstås. Dette vil videre også være den teoretiske vinklingen som jeg vil basere analysen min på.

2.3.1 Sosiale nettverk

Sosiale nettverk består av uformelle sosiale relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre, der samhandlingen er basert på tilhørighet og fellesskap mellom deltagerne. Individets sosiale nettverk består dermed av personer man ofte har kontakt med som nær familie, venner og eventuelt naboer, men også andre mennesker der kontakten ikke er like hyppig.

Ifølge Kawachi og Berkman (2000) blir «nettverksbegrepet» i motsetning til «sosial kapital begrepet» ofte benyttet som mål på individnivå. Det finnes en omfattende sosiologisk litteratur om sosiale nettverk. Ett av de kjente bidragene innenfor dette feltet er Granovetter

(1983) og hans redegjøring for «styrken i de svake bånd». I dette arbeider vektlegger han at det er forskjell på nettverk bestående av sterke og svake bånd. I denne oppgaven vil jeg avgrense meg til det nære nettverket som innebærer sterke bånd til personer man har relativt hyppig og nær kontakt med. Denne forståelsen av sosial nettverk retter oppmerksomheten mot det som kommer ut fra prosesser mellom personer som er emosjonelt knyttet til hverandre. Det er derfor interessant å undersøke hvordan de nære bånd mellom individer påvirker individers tanker, forståelser og atferd (Bø, 1993).

Berkman og Glass (2000) mener at styrken i nettverksperspektivet ligger nettopp i denne muligheten til å teste antakelsen om at de personer man samhandler med i sine sosiale nettverk, er med på å forme og påvirke individers atferd. Både Berkman og Glass (2000) er spesielt interessert i hvordan sosiale nettverk kan påvirke helseatferd.

Berkman (1984) refererer til Weiss når hun viser til syv hovedfunksjoner som sosiale bånd til andre mennesker kan ha: intimitet, sosial integrasjon eller følelse av tilhørighet, mulighet for helsefremmende atferd, bekreftelse på at man er verdifull, bytte av hjelp, veiledning og råd, tilgang til nye kontakter og ny informasjon. Både Berkman (1984) og House (1981) mener at det ikke er nettverkene i seg selv som «har» disse syv funksjonene, men nettverksmedlemmenes relasjoner som kan bidra til og fylle disse funksjonene.

Bø (1993) og House (1981) mener at ved å rette fokuset mot individers sosiale nettverk og de relasjonelle forbindelser som finner sted innenfor nettverkene, kan man oppnå en utdypet forståelse av den sosiale atferden til de involverte deltagerne. På den måten kan vi undersøke i hvilken grad nettverkene «... former våre sinn, tilbyr muligheter, stimuleringer, signaliserer forventinger, stiller krav, sanksjonerer atferd, påfører oss konflikter, hat og belastninger, møter vennskap og kjærlighet samt får hjelp, støtte, aksept og blir utfordret gjennom motforestillinger av verden» (Bø, 1993, s. 73).

McPherson, Smith-Lovin og Cook (2001) viser også til en annen karakteristikk ved sosiale nettverk. Individers sosiale nettverk er preget av det de kaller «likhetsprinsippet». Det innebærer at likheter mellom gruppedeltagerne i stor grad er med på å strukturere nettverksbåndene. Dette resulterer i at individer som «deler» samme sosiale nettverk har mange likhetstrekk som holdninger, atferd og sosiodemografisk tilhørighet. Konsekvensen av dette er at nettverkene begrenser individers sosiale verden og som også preger deres omfang

av ulike former for informasjon, holdninger og livserfaringer (McPherson et al., 2001 og Granovetter, 1983).

I tillegg til at nettverkene påvirker tilstrømmingen av informasjon, er de med på å prege menneskers holdninger til verden og kan prege deres livserfaringer. Ifølge Berkman og Glass (2000) vil nettverkene også påvirke valg av helseatferd gjennom normer og konformitetspress. Videre viser Berkman og Glass (2000) til fire kanaler hvor nettverkene legger føringer på individers helseatferd. Den første kanalen er «sosial påvirkning» der delte normer rundt atferd kan føre til konformitet av nettverksmedlemmenes atferd. Den andre kanalen er føringer gjennom «sosial deltagelse og gruppetilhørighet». Her vises det til at individers sosiale roller blir definert og forsterket og som videre kan gi en følelse av verdi, tilhørighet og tilknytning. Deltakelse i nettverkene gir også mulighet for «companionship» og sosiabilitet. Den tredje kanalen hvor nettverkene legger føringer på deltagerne er gjennom tilgang på ulike «ressurser» som har blitt akkumulert gjennom for eksempel livserfaringer, nettverkstråder til andre mennesker i andre nettverk eller materielle goder. Den fjerde kanalen som Berkman og Glass viser til er «sosial støtte». Gjennom hjelp og støtte fra nettverksmedlemmer kan individer få hjelp til å velge, samt mestre faktisk utøvelse av ulike former for helseatferd. Gjennom sosial påvirkning, gruppetilhørighet, tilgang på ressurser og sosial støtte kan nettverkene påvirke individers valg av helseatferd, samt deres følelse av mestring til utførelse av ulike former for helseatferd (Berkman & Glass, 2000). Sosial støtte bør av den grunn forstås som en relasjonell funksjon av sosiale nettverk (Berkman og Glass 2000; Berkman, 1984 og House, 1981).

Begrepet sosial støtte viser til utveksling og bytte av ulike former for hjelp og støtte i samhandling med andre mennesker (Fyrand, 2005 og Berkman, 1984). Thoits (1982) definerer sosial støtte som den grad der menneskers grunnleggende sosiale behov blir møtt gjennom interaksjon med andre mennesker, mens Sallis (1987) viser til Caplan's definisjon som vektlegger at dersom mennesker gir sosial støtte til hverandre, så hjelper det individene til å bevege seg mot målene sine. Dette kan dreie seg om ulike typer hjelp som for eksempel praktisk hjelp og tjenester, omsorg og omtanke eller informasjon som kan være til hjelp i handlingsvalg (House et al., 1988).

Bø (1993) vektlegger at sosial støtte bør bli forstått som kvaliteter ved relasjonenes innhold. Likevel hevder han at forholdene rundt sosial støtte også er viktige for å forstå hva sosial støtte innebærer, hvem som deltar i samhandlingen når sosial støtte blir byttet, hvor ofte

mennesker mottar eller gir støtte til hverandre, og i hvilke kontekster sosial støtte blir utvekslet.

House (1981) er en av flere som er interessert i betydningen av sosial støtte på individers helseatferd. I hans arbeid med undersøkelser av sosial støtte på arbeidsstress, definerer han sosial støtte som emosjonell, evaluerende, informativ og instrumentell støtte som skal fange opp de ulike dimensjonene som sosial støtte består av. Hver dimensjon kan forstås som en «type» støtte. Den første typen er «Emosjonell støtte» som viser til støtte i form av oppmuntring, kjærlighet, empati og omsorg. Formålet med denne «typen» støtte er at mottakeren skal føle at giveren bryr seg om dem og at de er verdsatt. Det antas dermed at mottakeren får økt tro på seg selv og økt følelse av selv-mestring. Den andre typen sosial støtte er «Instrumentell støtte». Denne formen for støtte innebærer utveksling av praktisk hjelp, tjenester og materielle goder. I motsetning til den emosjonelle støtten er formålet med denne støtten rent praktisk og fysisk hjelp, som skal avlaste og legge til rette slik at mottakeren lettere kan utføre de handlinger som fører til de ønskede målene. Den tredje og fjerde formen for støtte er ifølge House svært like hverandre, men har ulike formål og effekter. «Informativ» og «Evaluerende støtte» viser til utveksling av informasjon som kan være til hjelp i en aktuell situasjon, men typene er ulike ved at informativ støtte skal gi økt kunnskap, mens evaluerende støtte i tillegg skal gi mottakeren økt kunnskap som han/hun kan ta i bruk for å evaluere seg selv.

Som tidligere nevnt, er det ingen klar definisjon av begrepet sosial støtte, og mange forskere som er interessert i dette fenomenet, benytter ulike mål på sosial støtte. I tillegg er det også knyttet en utfordring med henhold til å skille mellom de ulike typene støtte. Instrumentell støtte er den mest konsistente typen støtte og dermed også enklere å definere og måle, mens de tre andre typene støtte er til dels overlappende selv om de er forholdsvis selvstendige og klare i teorien (House, 1981 og Berkman & Gross, 2000).

Det er ikke bare typer støtte som er viktig å definere når man vil studere sosial støtte. Også strukturer eller kilder der sosial støtte forekommer og utveksles, er viktig i den helhetlige forståelsen av sosial støtte (Thoits, 1982 og Bø, 1993). Fyrand (2005, s. 37) kaller de systemer eller grupper der støtte blir utvekslet for sosiale støttesystemer. Ved å bruke dette begrepet, understrekes de sosiale nettverkene eller systemene som individer er deltakere i. De uformelle nettverk som venner, familie, naboer eller kollegaer kan gi sosial støtte til individer. Formelle hjelpenettverk som helsetjenesten kan også gi sosial støtte (Heaney & Israel, 2002).

Fyrand (2005) hevder at emosjonell nærhet og tilknytning er viktig både for at giverne skal ønske å gi støtte, like mye som at mottakeren skal være mottakelig for denne støtten. Av den grunn er det gjerne i primærrelasjoner som familie eller blant nære venner at man gir og får sosial støtte. Hvor godt man kjenner hverandre som individer, vil også være viktig for å gi hverandre støtte. Kjennskap til familiebakgrunn, livshendelser og oppvekstsvilkår kan være viktig for både å gi den type støtte som «trengs» mest, men også som motivasjonsgrunnlag for giveren til å ville sette av tid og krefter for å hjelpe, støtte og oppmuntre personene (Fyrand, 2005).

Både hvem man får støtte fra og hvor mye/ofte man får støtte i likhet med hvilken type støtte man får, er knyttet opp mot hvilken relasjon man har til giveren (Heaney & Israel, 2002 og Bø, 1993). Heaney og Israel (2002) mener at sosial støtte som foregår over lang tid, oftest blir gitt av familiemedlemmer. Naboer og venner derimot er trolig mer tilbøyelig til å gi hjelp og tjenester som er tidsavgrenset. Videre vektlegger de at dersom personene som gir en støtte er lik en selv på det aktuelle området, så vil støtten i større grad bli akseptert og mottatt. Det at giveren av støtten har personlige erfaringer og eventuelt er i samme livssituasjon, er derfor positivt.

Effekten av de ulike typene støtte er også forbundet med hvilke behov mottakeren har. Ulike livssituasjoner og utfordringer stiller dermed ulike krav til hvilken type støtte som hjelper (Heaney & Israel, 2002). Det må også tas i betraktning at mennesker oppfatter den støtten de får på forskjellig måte. Støtte fra noen personer kan være mer «verdsatt» og dermed også mer betydningsfull enn støtte fra andre (Sarason.I, Sarason. B, Shearin & Pierce, 1987).

2.4 Oppsummering og utledning av hypoteser

Under et svangerskap får den gravide kroppen stor oppmerksomhet og flere studier viser at idealet om en stram og trent kropp også gjelder for gravide kvinner (Johnson, 2002 og Nash, 2011). I motsetning til tidligere erfarte kroppsendringer, er det særegne i denne perioden at det er et lite barn som vokser frem i kvinnens kropp. Denne nye erfaringen utfordrer både kvinnens forståelse av seg selv, i likhet med at hennes tidligere handlingsrepertoar kommer til kort og resulterer i et økt behov for ny og veiledende informasjon (Young, 2005).

Forståelsen av graviditet er i stor grad preget av den biomedisinske forståelsen som ifølge Ravn (2004), Wetterberg (2004), Hughes, (2000), Howson (2004) og Young (2005) utfordrer kvinners rett over egen kropp. Både kvinnes intensjoner og forståelser blir skjøvet i bakgrunnen der kvinnes handlingsvalg blir stilt spørsmål ved. Dette medfører at kvinnes privatsfære blir en offentlig sfære hvor både nære og fremmede stiller kritiske spørsmål ved hennes handlingsvalg.

Siden graviditet har blitt offentlig anliggende, er det mange ulike informasjonskanaler som formidler hva gravide kvinner bør og ikke bør gjøre. Nettverkene er en av de informasjonskanalene som kan være viktig for kvinners handlingsvalg og deriblant informasjon om fysisk aktivitet (Ravn, 2004; Weir et al., 2010; Cioffi et al., 2010; Clarke & Gross, 2004; Evenson & Moos et al., 2009; Thornton et al., 2006).

Det er flere studier som har undersøkt påvirkningsfaktorer for gravide kvinners aktivitetsnivå under svangerskapet. Resultatene viser motstridende funn knyttet til kvinnes forståelse av viktigheten av fysisk aktivitet under svangerskapet (Haakstad et al., 2009; Kieffer et al., 2002; Thornton et al., 2006; Doran & O'Brien, 2007; Weir et al., 2010; Evenson & Moos et al., 2009; Duncombe et al., 2009; Leiferman et al., 2011 og Cioffi et al., 2010). Frykten for å skade fosteret er derimot fremtredende i samtlige studier. Funnene fra studiene vektlegger flere ulike barrierer som de gravide oppgir som hindringer i å være fysisk aktive. Mangel på sosial støtte blir i den forbindelse fremhevet som en viktig faktor for mangel på motivasjon til å være fysisk aktiv (Evenson & Moos et al., 2009; Leiferman et al., 2011; Kieffer et al., 2002; Weir et al. 2010; Haakstad et al. 2009; Cioffi et al., 2010 og Thornton et al., 2006). Selv om flere av studiene nevner at sosial støtte kan være viktig for gravide kvinners aktivitetsnivå, er det likevel bare studien til Thornton et al. (2006) som inkluderer denne tematikken i studiens forskningsspørsmål. Dette har resultert i at betydningen av nettverket på gravide kvinners aktivitetsnivå i for stor grad har blitt oversett i tidligere studier.

Med interesse for hva som kan øke gravide kvinners aktivitetsnivå, rettes min oppmerksomhet mot sosiale nettverk som kan gi sosial støtte til gravide kvinner. House (1981) påpeker at det kan være nyttig å skille mellom emosjonell, instrumentell, informativ og evaluerende støtte. Forholdene rundt sosial støtte er viktige for å forstå hva sosial støtte innebærer (Heaney & Israel, 2002; Sarason et al., 1987; Thoits, 1982 og Bø, 1993). På

bakgrunn av dette vil jeg også undersøke hvem kvinnene får støtte fra, samt ulike typer sosial støtte.

Som vi har sett frem til nå, rettes det ulike krav til hva gravide kvinner bør og ikke bør gjøre under svangerskapet. Helsepersonell anbefaler gravide å være fysisk aktiv. Likevel viser tidligere studier at gravide kvinner opplever mange ulike hindringer både i tilknytning til ønsker/forståelse om å være fysisk aktiv, men også i tilknytning til barrierer i hverdagen som bidrar til at de ikke er fysisk aktive. På bakgrunn av dette rettes min nysgjerrighet mot spørsmålet om gravide kvinners sosiale nettverk kan påvirke kvinnes utførelse av fysisk aktivitet under svangerskapet ved at de får sosial støtte. Jeg vil undersøke om gravide kvinner er mer fysisk aktive dersom de får hjelp og oppmuntring fra sine sosiale nettverk. Jeg antar at sosial støtte vil være med å redusere hindringer som gravide kvinner opplever i hverdagen, øke deres tro på seg selv, samt prege deres holdninger til viktigheten av fysisk aktivitet gjennom svangerskapet, som vil komme til syne ved økt aktivitetsnivå. Den første hypotesen sier at sosial støtte fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner.

H₁: Sosial støtte fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner.

Vi har sett at tidligere forskning retter oppmerksomhet mot «hvem» man får sosial støtte fra. Jeg vil undersøke om støtte fra venner og støtte fra medlemmer i husstanden påvirker aktivitetsnivået til den gravide. Årsaken til at jeg vil undersøke betydningen av venner og medlemmer i husstanden hver for seg, er en antagelse om at giveren av støtten kan ha ulik påvirkningskraft. Det kan tenkes at meningene og støtten fra kvinnens partner (husstanden) har en sterk påvirkningskraft på kvinnens atferd. Det kan også være at venninnenes (venner) meninger og støtte har en særegen påvirkning. Ut fra teoriene og tidligere forskning, har jeg ingen formening om at støtte fra venner eller støtte fra husstanden skal ha ulike effekter på gravide kvinners aktivitetsnivå. Derfor er ikke formålet her å undersøke «hvem» (venner eller medlemmer i husstanden) som har sterkest påvirkning på aktivitetsnivået deres, men heller om venner og medlemmer i husstanden har selvstendige effekter på gravide kvinners aktivitetsnivå. På bakgrunn av dette utleder jeg to hypoteser rundt effekten av sosial støtte fra venner og medlemmer i husstanden:

H_{2a}: Sosial støtte fra venner fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner.

H_{2b}: Sosial støtte fra husstanden fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner.

Til slutt vil jeg undersøke hvilken *type* sosial støtte kombinert med *hvem* kvinnene får støtte fra, som eventuelt påvirker aktivitetsnivået. Som jeg har vist tidligere i dette kapittelet, må gravide kvinner forholde seg til mange ulike mennesker og deres meninger om hvilken atferd gravide kvinner «bør» og «ikke bør» utføre. Tidligere studier som omhandler fysisk aktivitet, har blant annet fanget opp ulike barrierer som gravide kvinner oppgir at de møter i hverdagen, som resulterer i lite fysisk aktivitet. Disse studiene sier ikke noe om *hvilke* av barrierene som påvirker aktivitetsnivået deres mest, eller *hvem* i deres sosiale nettverk som har sterkest innflytelse. I datamaterialet mitt har jeg ikke tilgang på variabler som måler informativ støtte. Jeg antar at både emosjonell, instrumentell og evaluerende støtte vil ha en selvstendig effekt på aktivitetsnivået til gravide kvinner, og at det ikke er noen forskjell på hvem som gir støtten.

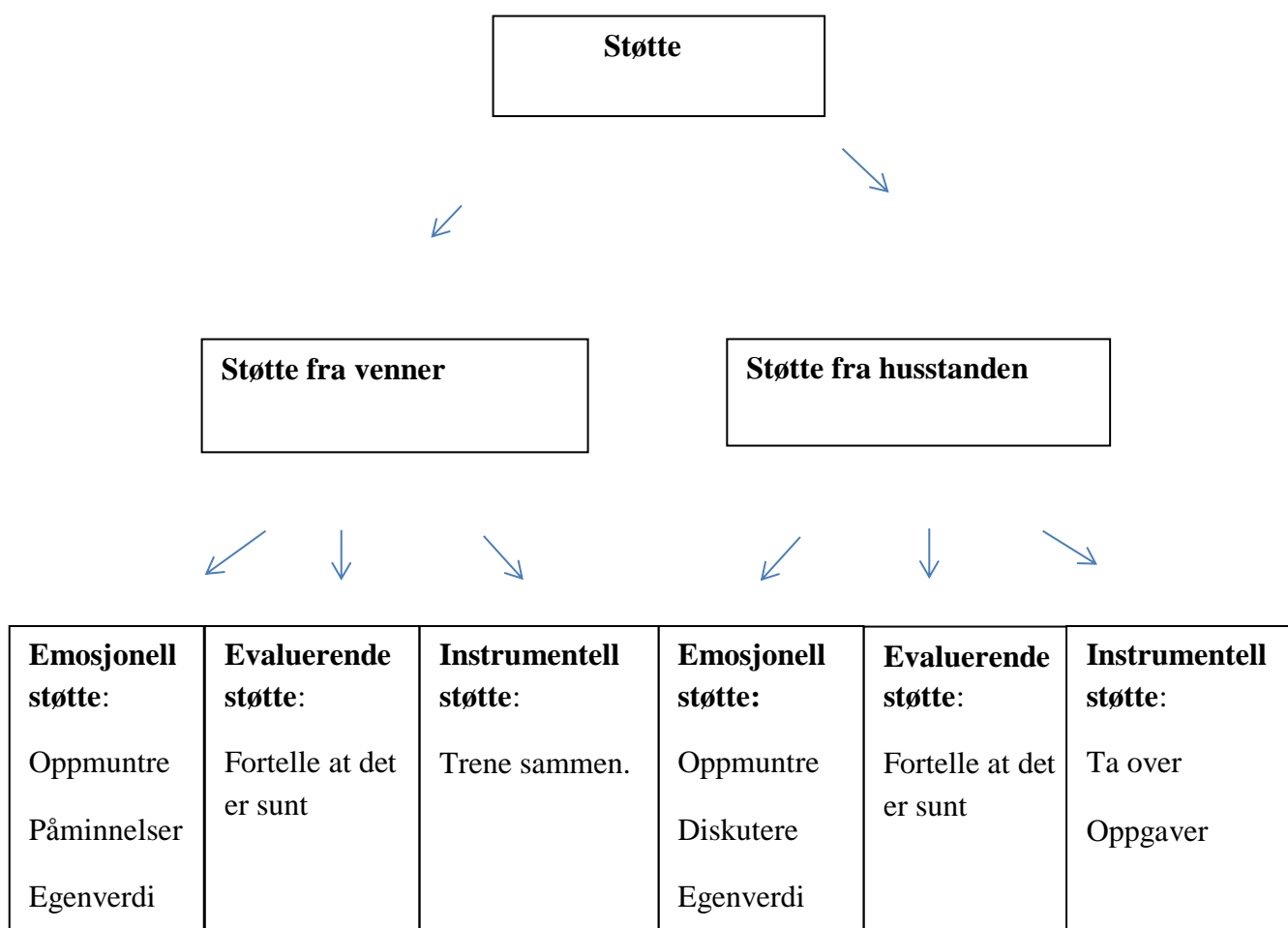
H_{3a}: Emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinners.

Likevel vektlegger blant annet Heaney og Israel (2002) at hvem man får sosial støtte fra, samt hvilke behov man har, vil påvirke effekten av sosial støtte. Det betyr at de tre typene støtte kan ha ulike effekter alt etter hvem som er giverne av støtten og hvilke områder de gravide kvinnene faktisk trenger hjelp og støtte på. Dersom de gravide kvinnene har et behov for ros og oppmuntring, så kan det tenkes at emosjonell støtte har den sterkeste effekten på deres aktivitetsnivå. Er behovet derimot størst i tilknytning til barnevakt, så vil trolig instrumentell støtte være mest effektive. Og til slutt, dersom kvinnen har et behov for informasjon som kan være til hjelp for å vurdere sin egen utøvelse av fysisk aktivitet, er det trolig evaluerende støtte som har sterkest effekt. Av den grunn vil jeg også utlede en hypotese

om at de tre typene sosial støtte (emosjonell, instrumentell og evaluerende støtte) har ulike effekter på gravide kvinners aktivitetsnivå.

H_{3b}: Emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden har ulike effekter på gravide kvinners aktivitetsnivå.

Figur 1.1: Oversikt over ulike dimensjoner av sosial støtte



3 Data og metode

I dette kapittelet vil jeg i del 3.1 beskrive utvalget og datamaterialet som analysen min er basert på. Deretter vil jeg i del 3.2 redegjøre for bruk av faktoranalyse. I del 3.3 vil jeg redegjøre for operasjonalisering av variablene, og i del 3.4 valget av statistiske metoder. Til slutt vil jeg i del 3.5 presentere en analyseplan for de kommende analysene.

3.1 Beskrivelse av datamaterialet

For å besvare forskningsspørsmålet vil jeg gjøre bruk av kvantitative data hentet inn fra en populasjonsbasert prospektiv kohortstudie, utført av Stork Groruddalen forskningsprogram.

Stork Groruddalen forskningsprogram er et folkehelseprosjekt med fokus på bedre helse for mor og barn. Det er publisert ni vitenskapelige artikler² basert på dette prosjektet, men betydningen av sosiale støtte har ikke blitt undersøkt i noen av disse.

Dataene er innhentet fra 823 gravide kvinner som bor eller tilhører helsestasjoner i Groruddalen. Kvinnene er bosatt i 3 bydeler; Stovner, Bjerke og Grorud. Disse bydelene dekker en populasjon på 82,500, der innbyggere med ikke-vestlig bakgrunn utgjør 41 prosent i bydel Stovner, 38 prosent i bydel Grorud og 33 prosent i bydel Bjerke (Jenum et al., 2010). I utvalget er 41 prosent av kvinnene fra Vest- Europa og USA, mens 59 prosent har bakgrunn fra Øst-Europa, Asia, Afrika, Sør og Mellom- Amerika. Kvinnenes alder varierte fra 19-45 år med gjennomsnittlig alder på 30 år. 56 prosent av kvinnene har også lavere utdanning (0-12 år) mot 44 prosent som har høyere utdanning fra høyskole eller universitet (se vedlegg 1, 2 og 3).

I inklusjonsperioden fra 2008 til 2010 var det 1918 gravide kvinner som gikk til helsestasjonene for undersøkelse i forbindelse med deres graviditet. 1114 (58 %) av kvinnene ble invitert med på studien og 823 kvinner (74 % av de inviterte) ble med i studien. Kriterier for å bli invitert med i studien var at de måtte bo i et av distriktene, og ha planer om å føde på sykehusene som var tilknyttet studien. Kvinnene måtte også være i svangerskapsuke 8-20 ved inklusjon og ikke lide av sykdommer som innebar nødvendige intensive sykehusundersøkelser gjennom graviditeten. Kravet innebar også at de kunne snakke et av

² For oversikt over publikasjoner fra Stork Groruddalen:
<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/stork-groruddalen/publikasjoner/>

språkene: norsk, arabisk, engelsk, kurdisk, somali, tamilsk, tyrkisk, urdu eller vietnamesisk, samt at kvinnene måtte være i stand til å gi informert samtykke (Jenum et al., 2010).

Spørreskjemaene ble fylt ut gjennom strukturerte intervjuer i svangerskapsuke 8-20, og svangerskapsuke 22-30.

Deltagerne var representative for kvinnene som deltok på helsestasjonene både i forhold til etnisitet og alder (Jenum et al., 2010). To viktige kriterier for høy utvalgsrepresentativitet er måten man trekker utvalget på, samt oversikt over frafallet (Skog 2010). Av de 823 kvinnene som ble med i studien var det 772 som ble med på oppfølgingsstudien. Det betyr at det var et lavt frafall på bare 6 prosent. Frafallets art og årsak er også registrert, noe som gjør at jeg er i bedre stand til å være oppmerksom på seleksjonsskjevheter. Årsaker til frafall var spontan abort, fødsel før oppfølgingsstudien, geografisk flytting og alvorlige helseproblemer (Jenum, 2010).

Siden de samme kvinnene har svart på spørreskjemaene på to ulike tidspunkt har jeg longitudinelle data (paneldata). Paneldata er en fordel når man skal undersøke årsaksrelasjoner, fordi man har mulighet til å studere endringer eller stabilitet over tid (Skog, 2010). Ved bruk av paneldata kan man lettere avgjøre asymmetri³ og kontinuitetsforutsetningene⁴, men i denne studien vil jeg benytte panelstrukturen for å øke sammenlignbarheten i utvalget. Når man har paneldata kan man benytte fixed effects metoden som jeg vil beskrive nærmere i del 3.4.2.

Selv om det er mange fordeler med longitudinelle data fremfor tverrsnittsdata, foreligger mange av de samme problemene som begrenset sammenlignbarhet og selvseleksjon. Begrenset sammenlignbarhet kan gjøre det vanskelig å avdekke spuriøse eller konfunderende faktorer, da de gravide kvinnene kan være ulike på andre områder som påvirker aktivitetsnivået deres. Historiske endringer, naturlig modning eller utviklingsprosesser hos observasjonsenhetene kan også føre til endringer i utfallsvariabelen av andre årsaker enn forklaringsvariabelen (Skog, 2010). Deltagelse i en studie som omhandler gravide kvinners helse kan tenkes å påvirke aktivitetsnivået deres uavhengig av den sosiale støtten de mottar. En økt bevisstgjøring og refleksjon rundt helse og fysisk aktivitet kan dermed resultere i endrede resultater i oppfølgingsspørreskjemaet.

³ Asymmetriforutsetningen innebærer at når man skal undersøke årsaksforhold er det viktig å avgjøre om det er X som fører til Y, og ikke omvendt (Skog, 2010).

⁴ Kontinuitetsforutsetningen vektlegger betydningen av tidsaspektet mellom faktorene (Skog, 2010).

Dataene kan sies å ha høy validitet. Både informasjonen og spørreskjemaene ble oversatt til 8 språk og informantene ble intervjuet ved bruk av en detaljert intervjuguide for å oppnå høy standardisering. Tolk ble benyttet i intervjuene av kvinnene som ikke behersket norsk. I tillegg til dette er også frafallets art registrert som beskrevet tidligere. Svakheter ved dataene er at noen av de etniske minoritetsgruppene er dårligere representert enn andre. Det var noe lavere deltagelse blant etniske grupper fra Sør-Asia.

Spørreskjemaene dekker informasjon om sosioøkonomiske faktorer, flere aspekter av etnisitet, medisinsk historie, aktuelle graviditeter og mulige årsaksfaktorer til overvekt som for eksempel fysisk aktivitet og matinntak (Jenum et al., 2010). Jeg vil ta i bruk de spørsmålene som omhandler de gravide kvinnenenes aktivitetsnivå, samt mottatt sosial støtte når de var i svangerskapsuke 8-20 og 22-30. Spørsmålene som omhandler sosial støtte er basert på studien til Sallis, Grossman, Pinski, Patterson og Nader (1987). Kvinnenenes etnisitet, sosioøkonomiske status, integrasjons nivå og alder vil bli brukt som kontrollvariabler.

3.2 Faktoranalyse

I denne studien benyttet jeg faktoranalyse for å lage de uavhengige variablene som måler sosial støtte. Faktoranalyse er en metodisk teknikk som kan brukes for å avdekke latente variabler i et datamateriale. De latente variablene kalles faktorer og kan ofte være årsaken til høy korrelasjon eller kovarians blant de observerte variablene. De observerte variablene blir sett på som indikatorer siden de er et mål eller indikator på noe annet, altså en faktor som de har til felles. Høy korrelasjon mellom indikatorer kan skyldes at de er høyt korrelert med den latente variabelen (Brown, 2006).

Faktoranalyse er mye brukt både innenfor samfunnsvitenskap, og da spesielt i utarbeidelsen av testinstrumenter. Først stilles det mange spørsmål som man antar er relevante for tematikken. Videre kan man bruke faktoranalyse for å avgjøre hvor mange latente variabler det er i datasettet og hvilke single indikatorer som tilhører dem (Brown, 2006). Faktoranalyse er ikke bare et godt verktøy for å finne underliggende latente variabler, men er også egnet til å oppnå datareduksjon. Ved å kategorisere variablene i felles samlekategorier reduserer man antallet variabler betraktelig. Dette er en stor fordel i forbindelse med signifikanstesting fordi man da kan konsentrere variansen på et fåtall variabler (DeVillis,

2003). Videre er faktoranalyse fordelaktig ved at den tar høyde for målefeil ved å benytte korrelasjoner mellom indikatorer. Målefeil i den avhengige variabelen fører til at residualene blir større enn de egentlig skulle ha vært, mens målefeil i den uavhengige variabelen er mer problematisk ved at det fører til skjevheter i parameterestimatet (Skog, 2010). Sannsynligvis vil vi undervurdere sammenhengene mellom den uavhengige og den avhengige variabelen.

Det er vanlig å skille faktoranalyse i to hovedgrupper. I denne oppgaven har jeg benyttet både eksplorerende faktoranalyse (EFA) og bekreftende faktoranalyse (CFA). EFA kan brukes for å avdekke hvilke faktorer som finnes i et datasett. Denne metoden er godt egnet dersom man ikke har noen spesifikk formening om sammenhengene mellom variablene på forhånd. EFA vil regne ut hvor mange dimensjoner eller faktorer som er i datasettet, og hvilke variabler eller indikatorer som tilhører faktorene. CFA blir brukt til å bekrefte forholdet mellom antatte indikatorer på faktorene. Denne metoden er derimot avhengig av god teori og tidligere forskning om hvordan indikatorene og faktorene henger sammen. Når man utfører en faktoranalyse er det vanlig at man først gjør en EFA for å avdekke hvordan sammenhengen mellom indikatorene og faktorene er. Videre benytter man CFA for å bekrefte eller avkrefte dette mønsteret (Brown, 2006).

For å undersøke effekten av sosial støtte er det viktig å måle dette fenomenet. I datasettet er det mange variabler som omhandler sosial støtte. Siden spørsmålene i spørreskjemaet forsøker å fange opp sosial støtte, er spørsmålene like hverandre og forholdsvis høyt korrelert⁵. Ved bruk av faktoranalyse kan jeg avdekke de latente variablene og bruke sammenhengen mellom indikatorene for å si noe om effekten av sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå. Når man bruker EFA er det viktig å huske på at analysen bare hjelper til med å sortere ut hvilke variabler som korrelerer med hverandre, og dermed får man «tips» om hvilken faktor de tilhører. Dette betyr at man ikke bør følge resultatene slavisk. Enkelte ganger kan analysen slå sammen ulike variabler som teoretisk sett ikke passer sammen under samme faktor, eller variabler der korrelasjonen oppstår på grunnlag av at den ene variabelen er årsaken til den andre (Skog, 2010). Av den grunn har jeg vært bevisst på hvilke indikatorer jeg inkluderer i CFA.

Ved bruk av faktoranalyse har jeg laget fem variabler. Den første variabelen «støtte» lader på alle de 12 spørsmålene i spørreskjemaet som omhandler sosial støtte. EFA viste et klart skille mellom støtte fra venner og støtte fra medlemmer i husstanden, hvilket

⁵ Cronbachs alpha viser 0,87.

underbygger antagelsen om at man bør skille mellom hvem man får støtte fra. Videre benyttet jeg CFA for å lage de to variablene «støtte fra venner» som lader på 6 av spørsmålene og «støtte fra husstanden» som lader på de resterende 6 spørsmålene. De to siste variablene jeg benyttet faktoranalyse for å lage er: «emosjonell støtte fra venner» og «emosjonell støtte fra husstanden». EFA analysen viste at det var 3 typer sosial støtte fra venner og husstanden i datasettet: emosjonell, evaluerende og instrumentell. For å kunne måle betydningen av «evaluerende» støtte og «instrumentell» støtte, vil jeg benytte singelvariabler til hver av dem. Grunnen til dette er at jeg bare har én indikator for evaluerende støtte og to indikatorer for instrumentell støtte. Konsekvensene ved dette er at målefeilene ikke blir tatt høyde for, og dermed vil jeg også kunne undervurdere koeffisientene.

De uavhengige variablene som ble laget ved bruk av CFA har gjennomsnittlig standarskåret på null, og standardavviket til standarskåren er på 1. Dermed vil jeg også endre de single variablenes variabelverdier om til standarskår. Dette vil gjøre det lettere å sammenligne resultatene med de andre variablene. Dermed kan jeg også behandle alle påvirkningsvariablene som kontinuerlige variabler.

3.3 Operasjonalisering av variablene

I det følgende delkapittelet vil jeg forklare operasjonaliseringen av variablene som jeg vil bruke i de statistiske analysene. Jeg vil først starte med å presentere forklaringsvariabelen «aktivitetsnivået» i del 3.3.1. Deretter vil jeg i del 3.3.2 presentere påvirkningsvariablene som måler sosial støtte, og til slutt i del 3.3.3 vil jeg presentere de uavhengige variablene som skal benyttes som kontrollvariabler.

3.3.1 Forklaringsvariabel

I denne oppgaven vil jeg benytte gravide kvinners «aktivitetsnivå» som avhengig variabel. Denne variabelen er en kontinuerlig variabel som måler antall minutter fysisk aktivitet i uken. Variabelen består av antall minutter jogging, sykling, helsestudio, aerobics, dans, ballspill, svømming, rask gange, rolig gange og annen fysisk aktivitet målt i antall minutter pr. uke. Alle andre fysisk aktivitet som har en varighet på minst 10 minutter blir inkludert.

Aktivitetsnivået til de gravide kvinnene varierer fra 0-1400 minutter i uken. Gjennomsnittlig antall minutter med fysisk aktivitet pr. uke er 60 minutter og medianposisjonen er 0 minutter i uken. Siden gjennomsnittsverdien er høyere enn medianposisjonen betyr det at fordelingen er høyreskjev og viser til at restleddene ikke er normalfordelt. Det foreligger også heteroskedastisitet som betyr at variasjonen rundt regresjonslinjen ikke er likt fordelt. Dersom vi ikke tar høyde for brudd på normalfordelingen og heteroskedastisitet vil standardfeilen til parameterestimatet bli feilaktig (Skog, 2010).

En løsning på dette problemet er å gjøre en logaritmisk omkoding av en eller flere variabler (Skog, 2010). Jeg har valgt å gjøre en logaritmisk omkoding av den avhengige variabelen «aktivitetsnivå». Ved å gjøre en logaritmisk omkoding av denne variabelen blir fordelingen lineær ved at skalaen blir trukket ut på lavere nivåer, og presset sammen på de høye. Denne omkodingen gjør multiplikasjon om til addisjon (Skog, 2010). Dermed beskrives relative endringer heller enn absolutte endringer i aktivitetsnivået til de gravide kvinnene som følge av en enhets økning i den uavhengige variabelen. Siden den avhengige variabelen «aktivitetsnivå» beskriver relative endringer innebærer det at tolkingen av regresjonskoeffisienten leses i prosentvise endringer i gravide kvinners aktivitetsnivå.

3.3.2 Påvirkningsvariabler

Påvirkningsvariablene består av ni mål på sosial støtte. Variabelen «støtte» er et samlet mål på all den støtten som gravide kvinner får fra venner og medlemmer i husstanden. «Støtte fra venner» og «støtte fra medlemmer i husstanden» vektlegger *hvem* kvinnene får støtte fra. De seks resterende variablene måler tre ulike typer sosial støtte gitt av venner og av medlemmer i husstanden. Begrepene emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte er hentet fra House (1981).

Sosial støtte

Den uavhengige variabelen «støtte» bygger på følgende indikatorer:

Har vennene dine/bekjente/ familiemedlemmer utenfor husstanden a) foreslått at dere skulle drive fysisk aktivitet sammen? b) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv? c) gitt deg

hjelpsomme påminnelser om fysisk aktivitet som: «skal du mosjonere i kveld?» d) forandret planene sine, slik at dere kunne drive fysisk aktivitet sammen? e) sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? f) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive? Har familien din (medlemmer i husstanden): g) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv? h) diskutert fysisk aktivitet sammen med deg? i) forandret planene sine, slik at dere kunne drive fysisk aktivitet sammen? j) overtatt oppgaver for deg, slik at du fikk mer tid til å være fysisk aktiv? k) sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? l) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive? Denne variabelen vil være et mål på all sosial støtte som gravide kvinner får fra sine sosiale nettverk.

Støtte fra venner og fra medlemmer i husstanden

Den uavhengige variabelen «støtte fra venner» bygger på indikatorene: har vennene dine/bekjente/ familiemedlemmer utenfor husstanden a) foreslått at dere skulle drive fysisk aktivitet sammen? b) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv? c) gitt deg hjelpsomme påminnelser om fysisk aktivitet som: «skal du mosjonere i kveld?» d) forandret planene sine, slik at dere kunne drive fysisk aktivitet sammen? e) sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? f) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive? Denne variabelen vil være et mål på den støtten som gravide kvinner får fra sine venner.

Den uavhengige variabelen «støtte fra husstanden» bygger på indikatorene: har familien din (medlemmer i husstanden) a) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv? b) diskutert fysisk aktivitet sammen med deg? c) forandret planene sine, slik at dere kunne drive fysisk aktivitet sammen? d) overtatt oppgaver for deg, slik at du fikk mer tid til å være fysisk aktiv? e) sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? f) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive? Denne variabelen vil være et mål på sosial støtte gitt av medlemmer i husstanden. I de fleste tilfeller vil dette innebære kvinnens partner, men det kan også være hennes barn, foreldre, søsken, svigerforeldre eller andre mennesker hun bor sammen med.

Emosjonell støtte fra venner og fra medlemmer i husstanden

Den uavhengige variabelen «emosjonell støtte fra venner» bygger på indikatorene: har vennene dine a) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv? b) gitt deg hjelpsomme påminnelser om fysisk aktivitet som: «skal du mosjonere i kveld?» c) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive?

Den uavhengige variabelen «emosjonell støtte fra husstanden» bygger på indikatorene: har medlemmer i husstanden a) oppmuntret deg til å være fysisk aktiv?

b) diskutert fysisk aktivitet sammen med deg? c) snakket om hvor godt de liker å være fysisk aktive? Disse variablene er mål på den emosjonelle støtten som gravide kvinner får fra venner og medlemmer i husstanden.

Evaluerende støtte fra venner og medlemmer i husstanden

Den uavhengige variabelen «evaluerende støtte fra venner» bygger på indikatoren: har vennene dine sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? Og den uavhengige variabelen «evaluerende støtte fra husstanden» bygger på indikatoren: har medlemmer i husstanden sagt at fysisk aktivitet vil være bra for helsen din? Disse variablene måler sosial støtte i form av informasjon gitt av venner og medlemmer i husstanden, som kvinnene kan benytte for å vurdere sitt eget aktivitetsnivå opp mot helseeffektene.

Instrumentell støtte fra venner og medlemmer i husstanden

Den uavhengige variabelen «instrumentell støtte fra venner» bygger på indikatoren: har vennene dine foreslått at dere skulle drive fysisk aktivitet sammen? og den uavhengige variabelen «instrumentell støtte fra husstanden» bygger på indikatoren: har medlemmer i husstanden overtatt oppgaver for deg, slik at du fikk mer tid til å være fysisk aktiv?

Instrumentell støtte fra venner og fra husstanden viser til at kvinnene får fysisk/praktisk hjelp til å være fysisk aktive.

3.3.3 Kontrollvariabler

Kontrollvariablene etnisitet, sosioøkonomiskstatus, integrasjonsnivå og alder består av fire mål på sosiodemografiske faktorer.

Etnisitet

Variabelen «etnisitet» er en dummy variabel som skiller mellom kvinnenens bakgrunn. Kategorien «vestlig» er satt som referansegruppe med verdien 0 og «ikke-vestlig» har fått verdien 1. Kategorien «vestlig» viser til kvinner som har opprinnelse fra Vest-Europa og USA, mens «ikke-vestlig» viser til kvinner med opprinnelse fra Øst-Europa, Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika.

Jeg har også laget 9 samspillsledd mellom følgende variabler: etnisitet og støtte, etnisitet og støtte fra venner og støtte fra husstanden, samt samspillsledd mellom etnisitet og de 3 ulike typene støtte fra venner og fra husstanden. Formålet med samspillsleddene er å undersøke om betydningen av sosial støtte på aktivitetsnivået har ulike effekter på gravide kvinner som har vestlig eller ikke-vestlig bakgrunn.

Sosioøkonomisk status

Variabelen «sosioøkonomisk status» er laget ved bruk av faktoranalyse (PCA) og er en kontinuerlig variabel. Denne latente variabelen består av indikatorene: kvinnens utdanningsnivå, yrke, om hun er i lønnet arbeid, antall rom hun har i boligen, om hun/de eier boligen de bor i.

Integrasjonsnivå

Variabelen «integrasjonsnivå» er også laget ved bruk av PCA og er en kontinuerlig variabel. Den er en latent variabel bestående av indikatorene: bruker tolk, bruker tolk ved legebesøk, norskkunnskaper, tilknytning/botid i Norge, leser norsk avis/ ser norsk tv, hvor ofte hun har besøk av nordmenn.

Til slutt har vi variabelen «alder» som er en kontinuerlig variabel med startpunkt på 19 år.

3.4 Statistiske metoder

De statistiske metodene man kan bruke for å besvare et forskningsspørsmål er avhengig av det datamaterialet man har. Det er mange hensyn å ta både i forhold til ulike forutsetninger som må være oppfylt, i tillegg til at analysemetodene har sine sterke og svake sider. For å finne ut om sosial støtte påvirker aktivitetsnivået til gravide kvinner, vil jeg benytte lineær regresjonsanalyse som presentert i del 3.4.1 og fixed effects analyse som presentert i del 3.4.2.

3.4.1 Lineær regresjonsanalyse (OLS)

Lineær regresjonsanalyse er en analysemetode som har som formål å avdekke samvariasjonen mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler. Den brukes ofte for å undersøke hvorvidt en eller et sett av variabler er årsaken til en annen variabel, men den kan også bli brukt til mer deskriptive formål (Skog, 2010). Ved bruk av lineær regresjonsanalyse vil jeg undersøke sammenhengen mellom sosial støtte og fysisk aktivitet.

Regresjonskoeffisienten viser til gjennomsnittlig endring i aktivitetsnivået hos gravide kvinner for hver enhets økning i støtte de gravide kvinnene får. Dermed kan jeg både få svar på om økt sosial støtte fører til mer eller mindre fysisk aktivitet hos gravide kvinner, og kvantifiseringen av sammenhengen. Siden jeg gjør bruk av sannsynlighetsutvalg og ikke måler alle gravide kvinner, er det knyttet usikkerhet til de resultatene jeg får. Av den grunn vil jeg benytte konfidensintervaller og signifikanstesting for å forsikre meg om at resultatene er reelle, og ikke bare et resultat av tilfeldigheter.

Ved å inkludere kontrollvariabler i analysen kontrollerer jeg for konfunderende sammenhenger mellom aktivitetsnivå og sosial støtte. Dette kalles kontrollvariabelmetoden som innebærer at jeg sammenligner gravide kvinner som har så like kjennetegn som mulig. Ved å kontrollere for etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder kan man undersøke hvorvidt de påvirker sammenhengen mellom påvirkningsvariabelen og

forklaringsvariabelen. Siden det er betydningen av støtte som er i fokus i denne oppgaven, er jeg ikke interessert i å se hvor mye kontrollvariablenes effekter påvirker aktivitetsnivået i seg selv, men heller om den konfunderer sammenhengen mellom sosial støtte og aktivitetsnivå. Ved å kontrollere for etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder kan jeg teste om eventuelle forskjeller i aktivitetsnivået egentlig skyldes noen av disse kjennetegnene blant de gravide kvinnene, heller enn betydningen av den støtten de får fra sine sosiale nettverk.

3.4.2 Fixed effects analyse (FE)

Når jeg skal gjøre en kausalanalyse er hensikten å undersøke om det er en kausal sammenheng mellom sosial støtte og gravide kvinners aktivitetsnivå. Ved korrelasjon får man ikke svar på dette. Gjennom kontrollvariabelmetoden inkluderer jeg flere uavhengige variabler i analysen, for på den måten å kontrollere bort effektene av dem. Dermed sammenligner jeg gravide kvinner som er like hverandre i forhold til etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder. Dermed kan jeg påvise at forholdet mellom sosial støtte og aktivitetsnivå ikke er konfundert av noen av disse variablene. Problemet er likevel at det fortsatt kan være andre variabler som konfunderer sammenhengen -som ikke har blitt kontrollert for - både fordi jeg ikke har målt dem, eller fordi det er vanskelig og noen ganger umulig å måle dem (Firebaugh, 2008). Ved å bruke fixed effects metoden har jeg også mulighet til å kontrollere for konfunderende faktorer. Det blir gjort ved at individene blir sammenlignet med seg selv, slik at alle de stabile trekkene blir kontrollert for. Stabile individuelle variabler er ganske mange, så på den måten er man enda sikrere på at sammenhengen mellom sosial støtte og aktivitetsnivå ikke er konfundert av stabile personlige trekk. Det kan for eksempel være oppvekstbakgrunn, kultur, familie og personlige holdninger og verdier (Firebaugh, 2008).

Fixed effects metoden sammenligner like med like ved å matche individene med seg selv. Derfor må man ha mål på minst to tidspunkter, altså longitudinelle data for å kunne benytte denne analysemetoden. Man kan da måle individuelle endringer over tid. Dette er en «endrings skår modell». Modellen tar ut konfunderende effekter av umålte variabler som er stabile, både konstante for individet over tid, og som har konstante effekter over tid (Firebaugh, 2008).

Fixed effects metoden har noen ulemper som er viktig å huske på. Metoden tar bare bort stabile trekk hos kvinnene som for eksempel oppvekstvilkår, familieopphav og kulturell

bakgrunn. Likevel gjenstår det mange mulige individuelle trekk som ikke er konstante og som dermed kan føre til spuriøse sammenhenger mellom sosial støtte og aktivitetsnivå. Det kan da være at noen av disse faktorene påvirker aktivitetsnivået – i stedet for den sosiale støtten som kvinnene får. En annen ulempe med å bruke denne metoden er at ved å måle individer med seg selv så mister man mye av variansen i påvirkningsvariabelen. Liten varians kan føre til at det blir vanskeligere å få et signifikant resultat av analysen, og usikkerheten rundt konklusjonsvaliditeten blir større (Firebaugh, 2008). Dette kan føre til at jeg lettere gjør en type 2 feilslutning, som innebærer at jeg drar den konklusjon at det ikke finnes noen sammenheng mellom sosial støtte og aktivitetsnivå, når det i «virkeligheten» er en sammenheng (Skog, 2010). Firebaugh (2008) mener at denne ulempen kan bli sett på som en fordel om vi får et signifikant resultat, siden vi da kan være enda sikrere på at resultatet ikke er tilfældigheter.

3.5 Analyseplan

I den første delen av kapittel 4 vil jeg presentere deskriptive tabeller av gravide kvinners aktivitetsnivå, typer aktivitetsgrener de utfører, samt den sosiale støtten som gravide kvinner mottar gjennom svangerskapet. Deretter vil jeg vise hvordan sosiodemografiske faktorer kan spille inn på gravide kvinners aktivitetsnivå, samt mengde av sosial støtte som de mottar. Dette vil jeg gjøre for å få en dypere forståelse av gravide kvinners forhold til fysisk aktivitet, samt den støtten som de mottar.

Deretter vil jeg i kapittel 5 undersøke om sosial støtte har kausal påvirkning på gravide kvinners aktivitetsnivå ved bruk av lineær regresjonsanalyse og fixed effects analyse. I det første delkapittelet av kapittel 5, vil jeg belyse hvilke betydning «støtte» har på gravide kvinners aktivitetsnivå. Jeg vil benytte den uavhengige variabelen «støtte» som påvirkningsvariabel i analysen. Videre i det andre delkapittelet vil jeg undersøke betydningen av støtte gitt av venner og støtte gitt av medlemmer i husstanden på gravide kvinners aktivitetsnivå. Ved å benytte de uavhengige variablene «støtte fra venner» og «støtte fra husstanden» som påvirkningsvariabler i to separate analyser har jeg mulighet til å rette søkelyset mot betydningen av sosiale nettverk, og undersøke om det er forskjell på *hvem* man får støtte fra. Til slutt vil jeg undersøke betydningen av *emosjonell, evaluerende og*

instrumentell støtte fra venner og fra medlemmer i husstanden, og undersøke hvilke påvirkning de ulike typene støtte har på gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette blir presentert i det siste delkapittelet av analysekapittelet.

Ved å utføre ni separate analyser får jeg muligheten til å undersøke om «støtte generelt», støtte knyttet opp mot *hvem* som gir støtten og ulike *typer* støtte har påvirkning på gravide kvinners aktivitetsnivå. I hvert delkapittel vil resultatene av analysene bli vist gjennom tilhørende tabeller.

4 Fysisk aktivitet og sosial støtte

I dette kapittelet vil jeg belyse gravide kvinners aktivitetsmønstre samt mønstre i mottatt støtte gjennom svangerskapet. I del 4.1 vil jeg undersøke hvor mange minutter gravide kvinner er fysisk aktive i uken, og deretter se om aktivitetsnivået deres endres gjennom svangerskapet. Videre i del 4.2 vil jeg undersøke ulike typer aktivitetsgrener, samt endringer av utførelse gjennom svangerskapet. I delkapittel 4.3 vil jeg undersøke frekvens, samt hvilke former for sosial støtte gravide kvinner mottar, og om dette mønsteret endres gjennom svangerskapet. Resultatene fra analysene i del 4.1-4.3 vil bli drøftet i kapittel 6.

I delkapittel 4.4 vil jeg undersøke om sosiodemografisk tilhørighet som etnisk bakgrunn, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder samvarierer med aktivitetsnivået til gravide kvinner. Jeg vil også undersøke om den støtten gravide kvinner mottar under svangerskapet støtte varierer etter sosiodemografiske kjennetegn blant kvinnene. Formålet ved analysene i del 4.4 er å få en oversikt over sosiodemografiske faktorer og hvordan de eventuelt kan påvirke analyseresultatene i kapittel 5. Tilslutt i dette kapittelet vil jeg oppsummere funnene.

4.1 Gravide kvinners aktivitetsnivå og endringer gjennom svangerskapet

De nasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet under graviditet anbefaler 30 minutter moderat fysisk aktivitet hver dag, eller 3 til 5 ganger i uken med minst 15 til 30 minutters intervaller (Helsedirektoratet, 2008).

Som vist i tabell 4.1, var det gjennomsnittlige aktivitetsnivået til de gravide kvinnene i utvalget 61 minutter pr. uke. Medianposisjonen viser 0 minutter fysisk aktivitet i uken. Dette innebærer at halvparten av kvinnene ikke er fysisk aktive – som målt i denne studien, mens de som er fysisk aktive øker gjennomsnittsverdien til 61 minutter i uken. Videre ser vi at 75 prosent av de gravide kvinnene er fysisk aktive mindre enn 64 minutter i uken, og 90 prosent av kvinnene er fysisk aktive mindre enn 202 minutter (3,37 timer) i uken.

Tabell 4.1: Fysisk aktivitetsnivå i antall minutter pr uke

	Observasjon	P ₅₀	P ₇₅	P ₉₀	Gj.snitt	Std.avvik	Min	Max
Aktivitetsnivå	1544	0	63,75	202,50	61	132,64	0	1400
Uke 8-20	800	0	60,00	206,25	65	149,18	0	1350
Uke 22-30	744	0	67,50	202,50	56	112,07	0	1400

I svangerskapsuke 8-20 var kvinnene i gjennomsnitt fysisk aktive 65 minutter i uken. Halvparten av kvinnene var ikke fysisk aktive i svangerskapsuke 8-20. 75 prosent av kvinnene var fysisk aktive mindre enn 60 minutter i uken, og 90 prosent mindre enn 206 minutter (3,43 timer). I svangerskapsuke 22-30 var kvinnes gjennomsnittlige aktivitetsnivå på 56 minutter i uken. Her ser vi at 75 prosent av de gravide kvinnene var fysisk aktive i mindre enn 67 minutter i uken, og 90 prosent mindre enn 202 minutter. Ut fra dette kan vi se at de gravide kvinnene i utvalget har gjennomsnittlig redusert aktivitetsnivået med 9⁶ minutter i uken fra første til andre måling.

4.2 Fysisk aktivitetsgrener og endringer gjennom svangerskapet

Helsedirektoratet anbefaler aktivitetsgrener som har lav skaderisiko for mor og fosteret. I tabell 4.2 ser vi et tydelig mønster over hvilke former for fysisk aktivitet gravide kvinner foretrekker.

⁶ T-test av gjennomsnittlig endring i aktivitetsnivået fra første til andre måling, viser at den gjennomsnittlige endring i aktivitetsnivået i utvalget ikke er signifikant for populasjonen. Det betyr at det kan være tilfeldigheter ved utvalget som gjør at kvinnene har redusert aktivitetsnivået med 9 minutter.

Tabell 4.2: Aktivitetsgrener og frekvens ^a

	Aldri	1 gang i uka	2 ganger i uka	3-7 ganger i uka	Total
Jogge % **	97,87	0,84	0,84	0,45	100
Sykle %	94,72	2,71	1,74	0,84	100
Helsestudio %	94,14	3,48	2,19	0,19	100
Aerobics %	98,13	0,84	0,64	0,39	100
Dans %	96,97	1,61	1,03	0,39	100
Ballspill %	99,10	0,52	0,13	0,26	100
Svømme % *	94,90	3,81	0,90	0,39	100
Rask tur %	69,19	7,17	6,84	16,81	100
Rolig tur % ***	17,05	8,69	10,56	63,70	100

^aChi2 test av utført aktivitetsformer. Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Mellom 94 til 99 prosent av de gravide kvinnene rapporterer at de ikke har jogget, syklet, vært på helsestudio, aerobics, danset, drevet med ballspill eller svømt den siste uken.

2,7 til 3,8 prosent av de gravide kvinnene var på helsestudio, svømming eller syklet én gang i uken. 1,8 til 2,2 prosent av de gravide kvinnene var på helsestudio og syklet to ganger i uken. Det er bare 0,2 til 0,8 prosent av de gravide kvinnene som rapporterer at de har drevet med én av disse aktivitetsformene 3-7 ganger den siste uken. Å gå tur kan se ut til å være den formen for fysisk aktivitet som de gravide kvinnene foretrekker. Likevel er det en relativt stor forskjell på frekvensen av hvor mange av kvinnene som har gått «rask tur» i forhold til «rolig tur». 69,2 prosent av kvinnene sier de ikke har gått rask tur den siste uken, mens bare 17,1 prosent sier de ikke har gått rolig tur. Det er altså 16,8 prosent av de gravide kvinnene som har gått rask tur 3-7 og hele 63,7 prosent som har gått rolig tur 3-7 ganger den siste uken.

Tabell 4.3: Endringer i aktivitetsgrener fra svangerskapsuke 8-20 til 22-30.^a

	Aldri	1 gang i uken	2 ganger i uken	3-7 ganger i uken
Jogge %	-1,01	0,84	0,84	-0,68
Sykle %	1,15	-1,49	0,00	0,33
Helsestudio %	-0,48	0,27	0,35	-0,15
Aerobics %	-0,77	0,84	-0,05	-0,03
Dans %	0,08	0,02	-0,07	-0,03
Ballspill ⁷ %	-0,20	0,22		-0,28
Svømme % **	3,07	-1,95	-0,84	-0,29
Rask tur %	1,51	0,66	-0,5	-1,68
Rolig tur % ***	8,10	4,37	0,26	-12,73

^aT-test av gjennomsnittlig endring i støtte. Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

De gravide kvinnene viser et forholdsvis stabilt mønster når det gjelder valg av aktivitetsgrener gjennom svangerskapet. I forhold til jogging, sykling, helsestudio, aerobics, dans, svømming og rask tur, har de gravide kvinnene endret utførelsen med maksimalt 3 prosent. De største endringene i valg av aktivitetsgrener gjennom svangerskapet er rolig turgåing og svømming. 8 prosent færre kvinner rapporterer at de «aldri» går rolig tur, 4 prosent færre går tur én gang i uken og 12,7 prosent flere av kvinnene går rolig tur 3-7 ganger i uken i svangerskapsuke 22-30 enn de gjorde i uke 8-20. 3 prosent færre av kvinnene rapporterer at de aldri svømmer. Det er signifikant gjennomsnittlig forskjell i utførelsen av disse to aktivitetsgrenene i populasjonen.

4.3 Mottatt sosial støtte og endringer gjennom svangerskapet

Ifølge Trost et al. (2002) er betydningen av sosial støtte for helse- og fysisk aktivitet godt dokumentert. Likevel er det lite kunnskap om de ulike typer sosial støtte som gravide kvinner mottar under svangerskapet. For å innhente informasjon om dette ble de gravide kvinnene spurt om hvor ofte *vennene* deres oppmuntret dem til å være fysisk aktive, kom med hjelpsomme påminnelser om å være fysisk aktiv, ga tilbud om å være fysisk aktive sammen

⁷ Svarkategorien «2 ganger i uken» manglet i datasettet.

med dem, fortalte at fysisk aktivitet var sunt for dem, endret planene sine slik at de kunne være fysisk aktive sammen og fortalte hvor godt de selv syntes det var å være fysisk aktiv.

De gravide kvinnene ble spurt om hvor ofte *medlemmer i husstanden* oppmuntret dem til å være fysisk aktive, diskuterte fysisk aktivitet med dem, tilbødte seg å ta over oppgaver slik at de kunne være fysisk aktive, endret planene sine slik at de kunne være fysisk aktive sammen, fortalte dem at fysisk aktivitet var sunt for helsen deres og snakket om hvor godt de selv likte å være fysisk aktive.

Tabell 4.4: Frekvens og ulike former for sosial støtte ^a

	Aldri	Sjelden	Noen få Ganger	Ofte	Veldig ofte
Emosjonell venner					
Venn egenverdi % *	17,48	19,25	26,60	28,30	8,37
Venn oppmuntrer % *	23,91	21,40	30,91	18,89	4,89
Venn påminnelser % **	34,18	24,93	24,93	10,96	3,08
Evaluerende venner					
Venn sunt %	20,59	17,66	27,61	25,43	8,73
Instrumentell venner					
Venn planer %	45,31	27,45	19,72	6,28	1,24
Venn trene sammen % ***	27,71	20,83	32,47	15,59	3,4
Emosjonell husstanden					
Husstanden oppmuntrer % ***	12,72	13,82	25,58	31,94	15,94
Husstanden diskutert % *	12,97	16,28	27,75	30,66	12,35
Husstanden egenverdi %	12,28	15,13	22,86	30,05	19,67
Evaluerende husstanden					
Husstanden sunt %	11,70	10,20	25,33	33,54	19,23
Instrumentell husstanden					
Husstanden oppgaver %	29,52	23,00	25,60	16,27	5,61
Husstanden planer %	29,61	22,61	29,54	14,56	3,68

^aChi2 test av sosial støtte. Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tabell 4.4 viser fordelingen av de ulike formene for sosial støtte som de gravide kvinnene får fra venner og medlemmer i husstanden. Her ser vi at det er langt færre som «ofte» får *emosjonell støtte* fra venner i form av oppmuntring (18,9 %) og hjelpsomme påminnelser om å være fysisk aktiv (11 %), enn de som sier at de «aldri» (23,9 %, 34,8 %) opplever dette. Med unntak av at venner forteller dem hvor godt de selv liker å være fysisk

aktive (17,5 % aldri og 28,3 % ofte). Av typen *evaluerende støtte* fra venner viser tabellen at det ikke er så stor forskjell mellom gravide kvinner som rapporterer at de «ofte» (25,4 %) får støtte i form av informasjon om at det er sunt for henne å være fysisk aktiv, som de som rapporterer at de «aldri» får denne støtten fra venner (20,6 %). Den siste typen støtte er *instrumentell støtte* fra venner. Det at venner foreslår at de skal være fysisk aktive sammen, samt at venner endrer planene sine slik at de kan være fysisk aktive sammen, forekommer «ofte» blant 15,6 prosent og 6,3 prosent av kvinnene, mens 27,7 prosent og 45,3 prosent av kvinnene sier de «aldri» opplever dette. Dette betyr at instrumentell støtte fra venner sjeldnere forekommer «ofte» enn «aldri». Ut fra dette ser det ut til at gravide kvinner oftest får støtte fra venner i form av informasjon om helseeffekter av fysisk aktivitet. Denne formen for støtte var også den eneste typen støtte som kvinnene rapporterte at de fikk ofte i motsetning til aldri. Instrumentell støtte i form av å få tilbud om å være fysisk aktiv sammen eller at venner endrer planene sine slik at de kan være fysisk aktiv sammen, er den typen støtte som sjeldnest gis av venner.

Videre i tabell 4.4 ser vi fordelingen av de ulike typene støtte gitt av medlemmer i husstanden. Av typen *emosjonell støtte* fra husstanden ser vi at det er langt flere som «ofte» får støtte i form av oppmuntring (31,9 %), diskusjon om fysisk aktivitet (30,7 %) og familiemedlemmers egne gode opplevelser av fysisk aktivitet (30,1 %), enn de som sier at de «aldri» får disse typene av støtte fra husstanden (12,7 %, 13 %, 12,3 %). Av typen *evaluerende støtte* fra husstanden ser vi et enda tydeligere skille mellom hvor ofte kvinnene får informasjon om at det er sunt for dem å trene. 33,5 prosent svarte at de «ofte» får denne støtten, mot 11,7 prosent som sier at de «aldri» får denne støtten fra husstanden. Det at medlemmer i husstanden tar over oppgaver for kvinnen, samt at de endrer planene sine slik at hun kan være fysisk aktiv, forekommer hyppigere «aldri» enn «ofte». Det er 29,5 prosent og 29,6 prosent som sier at de «aldri» opplever dette, mot 16,3 prosent og 14,6 prosent som sier at de mottar denne støtten «ofte». Her ser vi at det er forskjeller på hvor hyppig gravide kvinner får støtte. Kvinnene rapporterte at de får hyppigere emosjonell og evaluerende støtte fra husstanden *ofte* enn *aldri*. Informasjonsformidling om helseeffekter var den typen sosial støtte som ble gitt oftest, mens instrumentell støtte ble gitt sjeldnest.

Resultatene viser at det er forskjeller på fordelingen av hvor mye støtte gravide kvinner får av de ulike typene støtte. Det er tilsynelatende forskjeller på hvor mye støtte

kvinnene får fra venner og medlemmer i husstanden. Dette gir en indikasjon om at det kan være viktig å undersøke sosial støtte både i lys av hvem som gir støtten, samt type støtte.

Tabell 4.5: Endringer i sosial støtte fra svangerskapsuke 8-20 til 22-30. ^a

	Aldri	Sjelden	Noen få ganger	Ofte	Veldig ofte
Emosjonell venner					
venn oppmuntrer % *	-3,09	0,82	-3,08	2,83	2,53
venn påminnelser % **	-4,87	3,16	-4,40	4,86	1,25
venn egenverdi % **	-3,67	1,08	-3,96	3,65	2,90
Evaluerende venner					
venn sunt % *	-2,65	0,76	-3,13	1,70	3,32
Instrumentell venner					
venn trene sammen % ***	-5,87	-1,03	-3,29	7,49	2,70
venn planer %	-3,57	1,56	-1,31	2,86	0,44
Emosjonell husstanden					
Husstanden oppmuntrer % ***	-1,39	-0,66	-9,49	4,18	6,41
Husstanden diskutert % *	-0,92	-0,78	-6,21	4,84	3,07
Husstanden egenverdi % *	-1,37	-0,79	-3,30	0,49	4,97
Evaluerende husstanden					
Husstanden sunt % *	-1,09	-2,06	0,14	-2,71	5,71
Instrumentell husstanden					
Husstanden oppgaver %	-1,90	1,28	-1,03	-1,28	2,93
Husstanden planer %	-1,74	1,98	-3,80	1,72	1,82

^aT-test av gjennomsnittlig endring i støtte. Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

I tabell 4.5 ser vi endringer i sosial støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden da kvinnene var i svangerskapsuke 8-20 og 22-30. Gjennomgående ser vi at de gravide kvinnene mottok mindre støtte fra venner og medlemmer i husstanden da de var i svangerskapsuke 22-30, sammenliknet med svangerskapsuke 8-20. Av de gravide kvinnene som rapporterte at de «aldri» fikk støtte, var den største endringen i støtte gitt av venner. Resultatene viser at de gravide kvinnene fikk mindre emosjonell støtte fra venner og husstanden da de var i svangerskapsuke 22-30 sammenliknet med svangerskapsuke 8-20. Kvinnene fikk mindre evaluerende støtte fra venner, men mer evaluerende støtte fra husstanden. Det var altså flere gravide kvinner som fikk informasjon fra husstanden om at fysisk aktivitet var sunt for dem,

da de var i svangerskapsuke 22-30 i forhold til svangerskapsuke 8-20. Instrumentell støtte fra venner og husstanden ble redusert, med unntak av 1 prosent flere som rapporterte at de «ofte» fikk tilbud fra medlemmer i husstanden om å ta over oppgaver for dem.

4.4 Betydningen av sosiodemografisk tilhørighet

Gravide kvinners aktivitetsnivå kan ha en sammenheng med deres sosiodemografiske tilhørighet. Ulik etnisk tilhørighet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder kan påvirke forståelsen og aktivitetsnivået til gravide kvinner. Sosiodemografiske forhold har i følge Ommundsen og Aadland, (2009) betydning for voksnes fysiske aktivitetsnivå. Også mønstre over den sosiale støtten som gravide kvinner får, kan være påvirket av sosiodemografiske tilhørighet. McPherson et al. (2001) viser til «likhetsprinsippet» hvor individers sosiale nettverk ofte består av andre mennesker som er lik en selv. Dette resulterer i at individer som «deler» samme sosiale nettverk har mange like trekk som holdninger, atferd og sosiodemografisk tilhørighet. Dermed vil frekvensen av støtte generelt, samt frekvensen av de ulike typene sosial støtte, være preget av nettverkets kulturelle forståelser, normer og verdier.

I dette delkapittelet vil jeg undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og sosiodemografiske faktorer som etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder ved bruk av bivariat lineær regresjonsanalyse. Sammenhengen mellom mottatt støtte og kvinnes plasseringer innenfor disse sosiodemografiske kategoriene vil også bli undersøkt. Dette gjøres ved bruk av t-test der de gravide kvinnes etniske bakgrunn, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder blir delt inn i to grupper. Etnisitet blir kategorisert som vestlig mot ikke-vestlig, sosioøkonomisk status og integrasjonsnivå blir målt som høy (høyeste 60 %) mot lav (laveste 40 %) og alder blir målt i kategoriene yngre (19-30 år) mot eldre (30-45 år). På den måten kan vi få et innblikk i hvordan disse sosiodemografiske faktorene kan påvirke den gjennomsnittlige mottatte støtten som gravide kvinner får fra sine sosiale nettverk. Formålet med analysene er å oppnå økt forståelse av verdien av å benytte disse variablene som kontrollvariabler i analysene i kapittel 5.

Tabell 4.6: Bivariat analyse av sosiodemografiske faktorer og fysisk aktivitetsnivå^{abc}

	Modell 1	Modell 3	Modell 2	Modell 4
Etnisitet (ikke-vestlig)	-0,303*** (0,080)			
Integrasjonsnivå		0,060 (0,053)		
Sosioøkonomisk status			0,081* (0,040)	
Alder				-0,002 (0,008)
Konstant	5,057*** (0,123)	4,601*** (0,043)	4,605*** (0,041)	4,693*** (0,263)
Observasjoner	588	587	587	588
Justert r²	0,022	0,000	0,005	-0,001

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

^c variabelen aktivitetsnivå er logaritmisk omkodet som innebærer at endringer leses i prosentsetter.

4.4.1 Etnisitet

Flere studier har vist at det er forskjell på fysisk aktivitetsnivå blant etniske grupper der minoriteter er mindre fysisk aktive enn majoritetsbefolkningen (Gordon-Larsen et al., 1999 og Bryan et al., 2006). I tabell 4.6 modell 1, finner jeg de samme resultatene. Gravide kvinner med bakgrunn fra ikke-vestlige land er 35 prosent mindre fysisk aktive enn gravide kvinner med vestlig opprinnelse. Eyler, Vest og Sanderson (2002) vektlegger betydningen av kulturelle praksiser som viktige for menneskers aktivitetsnivå. De viser til flere studier som har funnet ulike kulturelle faktorer som kan belyse kvinner og menns fysiske aktivitetsnivå. Både kroppsidealer, preferanser for å hvile i motsetning til å være i bevegelse på fritiden, samt forståelse og kunnskap om helseatferd ble vektlagt som viktige faktorer (Eyler & Vest et al. 2002). Ulseth (2008) vektlegger at tidligere erfaringer er sentralt for å forstå menneskers

treningsvaner. Forståelsen av trening som noe ønskelig kan forklares ved at en har lært dette gjennom tidligere erfaringer. Det kan være en følelse av stressreduksjon, økt utholdenhet og styrke eller positive emosjoner grunnet den sosiale konteksten på treningsarenaen.

Mengden og type sosial støtte som gravide kvinner får kan også være forbundet til deres kulturelle bakgrunn.

Tabell 4.7: T-test av etnisitet og sosial støtte ^{ab}

Etnisitet	Vestlig	ikke-vestlig
Emosjonell støtte fra venner *	-0,072	0,049
Emosjonell støtte fra husstanden *	-0,068	0,042
Evaluerende støtte fra venner ***	-0,260	0,189
Evaluerende støtte fra husstanden ***	-0,252	0,179
Instrumentell støtte fra venner *	0,068	-0,051
Instrumentell støtte fra husstanden ***	-0,102	0,073

^a T-test av gjennomsnittlig mottatt sosial støtte på blant vestlige og ikke-vestlige kvinner

^b Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Som vi ser i tabell 4.7 får gravide kvinner med ikke-vestlig bakgrunn gjennomsnittlig mer emosjonell og evaluerende støtte fra venner og husstanden, samt instrumentell støtte fra husstanden, enn vestlige gravide kvinner. Når det gjelder instrumentell støtte fra venner, viser tabellen derimot at gravide kvinner med vestlig bakgrunn får gjennomsnittlig oftere tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, enn det gravide kvinner med ikke-vestlig bakgrunn får. Eyler og Brownson et al. (1999) fant en signifikant forskjell i mottatt støtte mellom etniske grupper i deres studie av middelaldrende kvinner i USA. Kvinner med spansk etnisk bakgrunn var den etniske gruppen som fikk mest støtte fra både venner og familie, der 58 prosent fikk mye støtte fra familie og 49 prosent fikk mye støtte fra venner. Blant den gruppen som Eyler og Brownson et al. (1999) kaller for «hvite kvinner» var det 42 prosent som fikk mye støtte fra familien og 39 prosent som fikk mye støtte fra venner.

4.4.2 Integrasjonsnivå

I Norge er det et stort fokus på fysisk aktivitet som helsefremmende (Helsedirektoratet, 2008). Bruk av naturområder som skog og mark for gå- eller skiturer er tradisjonelt ansett som «typisk norsk». Ut fra dette skulle man anta at jo mer integrert man er i det norske samfunnet, desto mer verdsetter man fysisk aktivitet også under svangerskapet. I tabell 4.6 modell 2 ser vi at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom integrasjonsnivå og fysisk aktivitet.

Både frekvens og type sosial støtte som gravide kvinner får fra sine sosiale nettverk kan være preget av deres integrasjonsnivå. I tabell 4.8 ser vi gjennomsnittlige forskjeller på mottatt sosial støtte sett i lys av kvinnenens integrasjonsnivå.

Tabell 4.8: T-test av integrasjonsnivå og sosial støtte ^{ab}

Integrasjonsnivå støtte	laveste 40 %	høyeste 60 %
Emosjonell støtte fra venner	-0,050	0,029
Emosjonell støtte fra husstanden	-0,012	0,000
Evaluerende støtte fra venner ***	0,107	-0,067
Evaluerende støtte fra husstanden ***	0,154	-0,101
Instrumentell støtte fra venner ***	-0,142	0,088
Instrumentell støtte fra husstanden *	0,066	-0,043

^a T-test av gjennomsnittlig mottatt sosial støtte på lav og høyt integrasjonsnivå

^b Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Kvinner med lavest integrasjonsnivå får gjennomsnittlig mer sosial støtte i form av informasjon om helseeffekter, samt hjelp til husarbeidsoppgaver, enn gravide kvinner med høyt integrasjonsnivå. Av typen instrumentell støtte fra venner ser vi derimot at gravide kvinner med høyest integrasjonsnivå får gjennomsnittlig oftere tilbud fra venner om de skal være fysisk aktiv sammen.

4.4.3 Sosioøkonomisk status

Utdanning, inntekt og deltagelse i arbeidslivet kan påvirke gravide kvinners aktivitetsnivå. Høy utdanning kan vise til evnen å tilegne seg ny kunnskap. Evnen til å ta i mot, forstå og bearbeide informasjon i hverdagen kan knyttes opp mot formell utdanning (Ulseth, 2008). Gravide kvinners økonomi kan også tenkes å legge styringer for deres valgmuligheter relatert til deltagelse i ulike typer treningsgrener. Grunner til dette kan være relatert til den økonomiske og sosiale tilgangen til ulike aktiviteter, slik som klubber, treningssentre, svømmehaller eller fysiske aktiviteter som forutsetter transport (Biddle & Mutrie, 2008). Å være i betalt arbeid utenfor hjemmet kan tenkes å øke informasjonstilstrømmingen og videre påvirke aktivitetsnivået til gravide kvinner.

I tabell 4.6 modell 3, ser vi at for hver enhets økning i sosioøkonomisk status, øker gravide kvinners aktivitetsnivå med 8 prosent. Dette er i tråd med Trost (2002) som også viser til sosioøkonomisk status, arbeidsstatus og utdanning som godt dokumenterte determinanter på fysisk aktivitet. Haakstad et al. (2009) fant derimot ikke noen sammenheng mellom sosiodemografiske faktorer og aktivitetsnivå hos gravide kvinner.

I tabell 4.9 ser vi at de eneste signifikante gjennomsnittlige forskjellene på mottatt støtte er emosjonell støtte fra husstanden. Det betyr at gravide kvinner som har høyere sosioøkonomisk status får gjennomsnittlig mer oppmuntrende støtte fra medlemmer i husstanden, enn gravide kvinner med lavere sosioøkonomisk status.

Tabell 4.9: T-test av sosioøkonomisk status og sosial støtte ^{ab}

Sosioøkonomisk status	laveste 40 %	høyeste 60 %
Emosjonell støtte fra venner	-0,012	0,005
Emosjonell støtte fra husstanden *	-0,081	0,044
Evaluerende støtte fra venner	0,053	-0,034
Evaluerende støtte fra husstanden	-0,021	0,014
Instrumentell støtte fra venner	-0,041	0,026
Instrumentell støtte fra husstanden	-0,043	0,028

^a T-test av gjennomsnittlig mottatt sosial støtte på lav o høy sosioøkonomisk status

^b Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

4.4.4 Alder

Den siste sosiodemografiske faktoren jeg vil inkludere i denne oppgaven er alder. Ifølge Ulseth (2008) kan oppvekst i ulike tidsepoker gi ulike erfaringer med trening. I dag er det tilgang på flere treningsarenaer tilpasset gravide, i tillegg til at normer om kroppsvekt og fokus på viktigheten av fysisk aktivitet har endret seg i løpet av kort tid. Noen tiår tilbake ble gravide kvinner frarådet trening både for moren og barnets del (Cioffi et al., 2010). Dette gjør det relevant å forvente aldersforskjeller i aktivitetsnivå. Tabell 4.6 modell 4, viser at det ikke er noen samvariasjon mellom gravide kvinners alder og aktivitetsnivået deres. Det betyr at alder ikke har noen sammenheng med aktivitetsnivået deres. Flere studier har undersøkt mors alder i forhold til fysisk aktivitet under svangerskapet (Gaston & Cramp, 2011). Resultatene fra studiene viser motstridende resultater der tre av studiene fant at yngre alder indikerte høyere aktivitetsnivå. Fire av studiene viste derimot det omvendte resultatet hvor høyere alder var assosiert med høyere aktivitetsnivå, mens syv av studiene ikke fant noen sammenheng mellom gravide kvinners alder og aktivitetsnivå.

Tabell 4.10: T-test av alder og sosial støtte ^{ab}

Alder	19-30	30-45
Emosjonell støtte fra venner	0,023	-0,030
Emosjonell støtte fra husstanden	0,030	-0,045
Evaluerende støtte fra venner ***	0,084	-0,094
Evaluerende støtte fra husstanden ***	0,106	-0,122
Instrumentell støtte fra venner	0,020	-0,022
Instrumentell støtte fra husstanden	-0,022	0,025

^a T-test av gjennomsnittlig mottatt sosial støtte på alder

^b Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Frekvens og type sosial støtte kan også være knyttet opp mot kvinnens alder. Som tabell 4.10 viser, er det få gjennomsnittlige forskjeller i både mengde og type sosial støtte tilknyttet alder. Den eneste signifikante gjennomsnittlige forskjellen er at gravide kvinner under 30 år får mer informasjon om at det er sunt for dem å være fysisk aktive, enn gravide kvinner over 30 år.

4.5 Oppsummering

90 prosent av de gravide kvinnene er mindre fysisk aktive enn det de nasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet under svangerskapet tilråder. Aktivitetsnivået minker også gjennom svangerskapet. De aktivitetsgrenene som gravide kvinner oftest utøver er rask og rolig gåtur. Færre av de gravide kvinnene svømmer og går rask tur senere i svangerskapet, men flere går rolig tur. Resultatene mine viser også at gravide kvinner trolig får lite sosial støtte til å være fysisk aktiv både fra venner og fra husstanden. De får mest evaluerende støtte fra venner og husstanden, samt emosjonell støtte fra husstanden. Instrumentell støtte er derimot den typen de får minst av, både fra venner og medlemmer i husstanden. Støtten reduseres også gjennom svangerskapet med unntak av at flere av kvinnene får informasjon om helseeffekter ved fysisk aktivitet, samt opplever at medlemmer i husstanden tar over oppgaver for dem.

De bivariate analysene viser samvariasjonen mellom gravide kvinners aktivitetsnivå og etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder. Resultatene viser at gravide kvinner med bakgrunn fra ikke-vestlige land er mindre fysisk aktive enn gravide kvinner med vestlig bakgrunn er. Sosioøkonomisk status har også en sammenheng med aktivitetsnivået deres. Til slutt så vi at mottatt støtte varierer etter sosiodemografiske kjennetegn blant gravid kvinner.

5 Har sosial støtte betydning?

I dette kapittelet vil jeg ved bruk av regresjonsanalyse undersøke om sosial støtte har påvirkning på gravide kvinners aktivitetsnivå. Jeg vil benytte ni ulike mål (variabler) på sosial støtte. På den måten får jeg mulighet til å undersøke ulike aspekter ved sosial støtte. Jeg vil benytte lineær og fixed effects analyse for å undersøke hypotesene utledet i kapittel 2.

I del 5.1 vil jeg først vise resultatene av betydningen av sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå. Her vil jeg benytte variabelen «støtte». I gjennomgangen av analysetabell 5.1 vil jeg beskrive resultatene og implikasjoner som både gjelder for denne analysen og de kommende analysene, fordi de gir forholdsvis like resultater. I del 5.2 vil jeg videre vise betydningen av *støtte gitt av venner* og *støtte gitt av medlemmer i husstanden*. Ved å utføre to separate analyser har jeg mulighet til å undersøke hvilken betydning hver av dem har på gravide kvinners aktivitetsnivå. Inndelingen av sosial støtte fra kvinnenenes sosiale nettverk vil videre være et grunnlag i del 5.3 for å skille mellom ulike typer sosial støtte: «emosjonell», «evaluerende» og «instrumentell» støtte. Formålet med dette er å undersøke om ulike *typer* sosial støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden har ulik betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå. I del 5.4 vil jeg legge frem resultatene fra analysene med oppsummerte hovedfunn.

5.1 Sosial støtte

I tabell 5.1 ser vi resultatene fra lineær regresjonsanalysene og fixed effects analysen. Som forklart tidligere er det betydningen av sosial støtte på aktivitetsnivået til gravide kvinner som er i fokus, og dermed vil jeg legge hovedvekt på å forklare denne sammenhengen. Etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder er med i analysen som kontrollvariabler.

Tabell 5.1: Lineær regresjon og fixed effect analyse av sosial støtte på aktivitetsnivå^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Støtte	0,032 (0,042)	0,059 (0,043)	0,061 (0,043)	0,066 (0,044)	0,064 (0,044)	0,144 (0,133)	0,048 (0,148)
Etnisitet (ikke-vestlig)							
Vestlig		0,296** (0,091)	0,303** (0,099)	0,349* (0,122)	0,357* (0,122)	0,343* (0,125)	
Integrasjonsnivå			-0,008 (0,070)	-0,026 (0,076)	-0,029 (0,077)	-0,021 (0,077)	
Sosioøkonomisk status				-0,035 (0,054)	-0,032 (0,054)	-0,032 (0,054)	
Alder					-0,004 (0,009)	-0,004 (0,009)	
Støtte X etnisitet						-0,055 (0,087)	
Konstant	4,621** * (0,045)	4,452*** (0,069)	4,450*** (0,069)	4,435** * (0,071)	4,552*** (0,281)	4,556** * (0,281)	4,619** * (0,015)
Observasjoner	498	498	497	497	497	497	498
Justert R2	-0,001	0,020	0,018	0,017	0,015	0,014	-0,001

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

I modell 1 ser vi en bivariat sammenheng mellom mottatt støtte og aktivitetsnivå hos gravide kvinner. Koeffisienten for variabelen støtte er 0,032 ($P>0,05$) som betyr at for hvert standardavviks økning gravide kvinner får av sosial støtte, så øker de aktivitetsnivået med 3 %. Vi ser likevel av R2 at støtte ikke forklarer noe av variasjonen i aktivitetsnivået til gravide kvinner. Sammenhengen er ikke statistisk signifikant, noe som betyr at sammenhengen kan skyldes tilfeldigheter.

Siden denne sammenhengen kan være påvirket av andre variabler, er det viktig å inkludere kontrollvariabler i analysen. Etter at etnisitet ble inkludert i modell 2 ser vi at kvinnes etniske bakgrunn kan forklare litt av sammenhengen mellom støtte og aktivitetsnivået til gravide kvinner. Ved å sammenligne kvinner som har lik etnisk bakgrunn

ser vi altså at betydningen av støtte på aktivitetsnivået deres økte, men likevel så er det ikke en signifikant sammenheng mellom støtte og aktivitetsnivået til gravide kvinner. Videre ser vi at det er en signifikant forskjell mellom aktivitetsnivået til vestlige og ikke-vestlige kvinner. Denne sammenhengen er statistisk signifikant og betyr at gravide kvinner som kommer fra Vest-Europa og USA er 35 prosent⁸ mer fysisk aktiv enn gravide kvinner som kommer fra Øst-Europa, Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika etter kontroll for støtte. Når kvinnene får like mye støtte er altså vestlige gravide kvinner 35 prosent mer fysisk aktiv enn gravide kvinner med ikke-vestlige bakgrunn.

Forståelsen og utøvelse av trening kan også ha en forbindelse med integrasjon i det norske samfunnet, sosioøkonomisk status og kvinnenens alder. Ved å inkludere disse variablene i analysen ser vi at ingen av dem bidrar til en substansiell forklaring av aktivitetsnivået til gravide kvinner, og de skjuler i liten grad sammenhengen mellom støtte og aktivitetsnivået til gravide kvinner. Som vist i modell 3, 4 og 5 ser vi at koeffisienten for variabelen «støtte» økte fra 0,032 i modell 1 til 0,064 ($P > 0,05$) i modell 5 og R^2 økte fra -0,001 til 0,015 prosent etter at integrasjonsnivå, sosioøkonomisk status og alder ble inkludert i modellen. Dette viser til at kvinnenens verdier på disse variablene i svært liten grad påvirker sammenhengen mellom støtte og utførelse av fysisk aktivitet.

I modell 2 så vi at aktivitetsnivået til gravide kvinner med vestlig og ikke-vestlige bakgrunn var forskjellig. Det kan også tenkes at den støtten gravide kvinner får, kan ha ulik betydning på aktivitetsnivået deres. Grunner til dette kan være kulturelle verdier, forståelser og normer. Av den grunn har jeg også undersøkt om støtte har ulik betydning for vestlige og ikke-vestlige gravide kvinners aktivitetsnivå ved bruk av samspillsledd. Samspillsleddet vises i modell 6 og forteller oss at støtte ikke har signifikant ulik betydning for aktivitetsnivået til vestlige og ikke-vestlige gravide kvinner. Koeffisienten til variabelen støtte er 0,144 ($P > 0,05$) og samspillsleddet viser -0,055 ($P > 0,05$). Betydningen av støtte ser ut til å være lik for vestlige og ikke-vestlige gravide kvinners aktivitetsnivå.

Ved å inkludere «individ fasteffekter» i analysen kan vi forsikre oss om at det er effekten av støtte og ikke andre fellestrekk ved kvinnene som måles. Det innebærer at vi sammenligner kvinnene med seg selv på ulike tidspunkter og på den måten kontrollerer vi for

⁸ Effekten av etnisitet på aktivitetsnivået kan leses direkte som prosentvis endring så lenge regresjonsparameteret er mindre enn 1. I mitt tilfelle er koeffisienten 0,30 derfor brukes formelen: $(100 * (e^{(bx)} - 1))$ (Skog, 2010: 241-244).

tidskonstante trekk ved kvinnene. Det kan for eksempel være kvinnenens alder, etnisitet og andre grunnleggende trekk ved personligheten. Dette gjøres ved at FE metoden sammenligner variasjonene i støtte over tid for hvert individ med forandringen av aktivitetsnivået deres. I modell 7 ser vi resultatene fra fixed effects analysen. Her ser vi at når kvinnene opplevde endringer i mottatt støtte, hadde det ikke signifikant betydning på aktivitetsnivået deres. Når støtten endret seg fra de gravide kvinnene var i svangerskapsuke 8-20 til uke 22-30, så endret aktivitetsnivået seg med 4,8 prosent ($P > 0,05$). Videre ser vi at standardfeilen økte fra 0,045 i modell 6 til 0,148 som innebærer at usikkerheten ved estimatene ble større og dermed også mer usikre. Standardfeilen er avhengig av antall observasjoner, samt variasjonen i variablene innenfor disse observasjonene. Siden vi reduserer antallet observasjoner ved å sammenligne kvinnene med seg selv og kun inkluderer kvinner hvor en variasjon over tid blir observert, så er det også vanskeligere å få en signifikant sammenheng. Dette er et vanlig problem med FE (Firebaugh, 2008). Av den grunn må man passe seg for ikke begå type 2 feil, som innebærer at sosial støtte har en betydning i «virkeligheten» på aktivitetsnivået deres, men man trekker den slutning at støtte ikke har betydning.

I de kommende analysene i tabell 5.2 -5.9 er analyseresultatene svært like hverandre. Med unntak av tabell 5.8 viser alle OLS analysene at sosial støtte ikke har en signifikant sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå. Etnisitet, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder påvirker sammenhengene i alle modellene i omtrent like stor grad, og mønstrene er like dem vi så i tabell 5.1. Effekten av sosial støtte blant vestlige og ikke-vestlige gravide kvinner fortsetter også å ha lik effekt på aktivitetsnivået deres. FE analysene viser at også at endringer i de ulike støtteformene ikke har signifikant betydning på endringer i aktivitetsnivået til gravide kvinner i de kommende analysene. Siden standardfeilen er vesentlig større i alle FE analysene enn i OLS analysene, fører det til at vi må være oppmerksom på type 2 feilslutninger i diskusjonen av resultatene.

Videre i analysene har jeg derfor valgt å presentere tabellene og bare kommentere hovedresultatet fra hver tabell, med unntak av tabell 5.8. Grunnen til dette er at alle analyseresultatene av støtte, støtte fra venner og husstanden, emosjonell og evaluerende støtte fra venner og husstanden, samt instrumentell støtte fra husstanden er svært like den første tabellen. I tillegg er tabellene relativt like hverandre og dermed lite substansielt interessant.

5.2 Støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden

I forrige tabell så vi at sosial støtte sett under ett ikke har en signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. I tabell 5.2 og 5.3 brytes støtte opp i støtte fra venner og støtte fra husstanden for å lete etter undertrykte effekter av sosial støtte. Formålet med dette er å undersøke betydningen av den sosiale støtten som gravide kvinner får fra sine sosiale nettverk. På den måten kan jeg finne ut om det har noen betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå, om støtten kommer fra venner eller fra medlemmer i husstanden.

5.2.1 Analyseresultat: Venner og medlemmer i husstanden

Som vi ser i tabell 5.2 og 5.3 har verken sosial støtte gitt av venner eller sosial støtte gitt av medlemmer i husstanden en signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå.

Effekten av støtte fra venner i modell 5 viser 0,067 ($P > 0,05$) og ser tilsynelatende ut til å være sterkere enn effekten av støtte fra husstanden i modell 5 0,033 ($P > 0,05$), men siden konfidensintervallene overlapper kan dette være resultater av tilfeldigheter. Betydningen av kontrollvariablene viser også samme mønster som analysen av den generelle formen for sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå

Tabell 5.2: Lineær regresjon og fixed effect analyse av støtte fra venner ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Støtte fra venner	0,045 (0,041)	0,063 (0,041)	0,065 (0,041)	0,069 (0,042)	0,067 (0,042)	0,091 (0,127)	0,025 (0,126)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,291** (0,089)	0,302** (0,098)	0,346* (0,120)	0,353* (0,121)	0,350* (0,124)	
Integrasjonsnivå			-0,014 (0,071)	-0,031 (0,078)	-0,034 (0,078)	-0,031 (0,079)	
Sosioøkonomisk status				-0,034 (0,053)	-0,031 (0,053)	-0,031 (0,053)	
Alder					-0,004 (0,009)	-0,004 (0,009)	
Støtte fra venner X etnisitet						-0,016 (0,084)	
Konstant	4,620*** (0,045)	4,456*** (0,068)	4,453*** (0,068)	4,440*** (0,070)	4,553*** (0,279)	4,551*** (0,279)	4,622*** (0,010)
Observasjoner	498	498	497	497	497	497	498
Justert R2	0,000	0,021	0,019	0,018	0,016	0,014	-0,002

^a Standardfeil i parentes.

^b signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tabell 5.3: Lineær regresjon og fixed effect analyse av støtte fra husstanden ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Støtte fra husstanden	0,003 (0,047)	0,030 (0,048)	0,030 (0,048)	0,034 (0,049)	0,033 (0,050)	0,193 (0,148)	0,082 (0,143)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,285** (0,091)	0,284** (0,097)	0,322* (0,121)	0,331* (0,121)	0,310* (0,123)	
Integrasjonsnivå			0,002 (0,069)	-0,011 (0,075)	-0,015 (0,075)	-0,011 (0,076)	
Sosioøkonomisk status				-0,029 (0,054)	-0,025 (0,054)	-0,023 (0,055)	
Alder					-0,005 (0,009)	-0,005 (0,009)	
Støtte fra husstanden X etnisitet						-0,108 (0,097)	
Konstant	4,623** * (0,045)	4,460** * (0,068)	4,460** * (0,068)	4,448** * (0,071)	4,585*** (0,282)	4,615** * (0,285)	4,614** * (0,018)
Observasjoner	498	498	497	497	497	497	498
justert R2	-0,002	0,017	0,015	0,014	0,012	0,013	0,000

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

5.3 Typer sosial støtte: emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte

Frem til nå har jeg undersøkt betydningen av sosial støtte sett under ett på gravide kvinners aktivitetsnivå. Resultatet viste at støtte ikke har signifikant betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå. Videre delte jeg opp støtten i støtte fra venner og støtte fra husstanden. Også her viste resultatene at hvem man får støtte fra ikke har signifikant betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå. I de kommende analysene vil jeg videre bryte opp støtte fra venner og husstanden ved å undersøke betydningen av tre ulike typer støtte i kombinasjon med sosiale nettverk. Bakgrunnen for dette er som vi har sett tidligere at ulike former for sosial støtte kan ha ulike effekter på helseatferd. Av den grunn vil jeg først i tabell 5.4 og 5.5 undersøke betydningen av emosjonell støtte fra venner og fra husstanden. Deretter undersøker jeg betydningen av evaluerende støtte fra venner og husstanden i tabell 5.6 og 5.7. Til slutt undersøker jeg betydningen av instrumentell støtte fra venner og fra husstanden i tabell 5.8 og 5.9.

5.3.1 Analyseresultater: Emosjonell støtte fra venner og fra husstanden

Først vil jeg vise analysetabellen som undersøker betydningen av emosjonell støtte fra venner, for så å vise analysetabellen som undersøker betydningen av emosjonell støtte fra husstanden.

Tabell 5.4: Lineær regresjon og fixed effect analyse av emosjonell støtte fra venner ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Emosjonell støtte fra venner	0,034 (0,044)	0,053 (0,043)	0,054 (0,044)	0,058 (0,044)	0,057 (0,045)	0,096 (0,134)	-0,004 (0,137)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,288** (0,089)	0,296** (0,097)	0,339* (0,120)	0,346* (0,120)	0,341* (0,124)	
Integrasjonsnivå			-0,011 (0,071)	-0,027 (0,077)	-0,030 (0,077)	-0,026 (0,079)	
Sosioøkonomisk status				-0,032 (0,054)	-0,029 (0,054)	-0,029 (0,054)	
Alder					-0,004 (0,009)	-0,004 (0,009)	
Emosjonell støtte fra venner X etnisitet						-0,027 (0,088)	
Konstant	4,621*** (0,045)	4,458*** (0,068)	4,457*** (0,068)	4,443*** (0,070)	4,566*** (0,278)	4,564*** (0,278)	4,624*** (0,011)
Observasjoner	498	498	497	497	497	497	498
justert R2	-0,001	0,019	0,017	0,016	0,014	0,013	-0,002

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tabell 5.5: Lineær regresjon og fixed effect analyse av emosjonell støtte fra husstanden ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Emosjonell husstanden	0,013 (0,050)	0,033 (0,050)	0,034 (0,050)	0,038 (0,051)	0,036 (0,051)	0,177 (0,156)	0,117 (0,148)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,283** (0,090)	0,283** (0,097)	0,320* (0,120)	0,329* (0,120)	0,310* (0,123)	
Integrasjonsnivå			0,002 (0,069)	-0,012 (0,075)	-0,015 (0,075)	-0,011 (0,076)	
Sosioøkonomisk status				-0,029 (0,054)	-0,025 (0,054)	-0,024 (0,055)	
Alder					-0,005 (0,009)	-0,005 (0,009)	
Emosjonell støtte fra husstanden x etnisitet						-0,094 (0,100)	
Konstant	4,622** * (0,045)	4,460** * (0,068)	4,460** * (0,068)	4,448** * (0,071)	4,585*** (0,280)	4,606** * (0,283)	4,606*** (0,022)
Observasjoner	498	498	497	497	497	497	498
justert R2	-0,002	0,018	0,016	0,014	0,013	0,012	0,003

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Som vi ser av analyseresultatene fra tabell 5.4 og 5.5 har verken emosjonell støtte fra venner eller emosjonell støtte fra husstanden en signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette betyr at gravide kvinner trolig ikke påvirkes til å være mer fysisk aktiv selv om venner oppmuntrer dem til å være fysisk aktiv, gir dem påminnelser om å være fysisk aktiv, eller at venner forteller dem hvor godt de selv liker å være fysisk aktive. Det har heller ikke noen betydning på aktivitetsnivået deres dersom medlemmer i husstanden gir dem oppmuntring til å være fysisk aktiv, at de diskuterer fysisk aktivitet sammen, eller at de forteller kvinnene hvor godt de selv liker å være fysisk aktive.

5.3.2 Analyseresultater: Evaluerende støtte fra venner og fra husstanden

Som vi så i tabell 5.4 og 5.5 hadde emosjonell støtte fra venner og husstanden ikke signifikant betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå. I dette delkapittelet vil jeg undersøke om evaluerende støtte har en signifikant betydning med gravide kvinners aktivitetsnivå. Også denne typen støtte vil bli behandlet separat fra venner og medlemmer i husstanden. Jeg vil først starte med å vise tabellen for analysene av evaluerende støtte fra venner i tabell 5.6, deretter vises betydningen av evaluerende støtte fra husstanden i tabell 5.7. Til slutt beskrives hovedfunnene.

Tabell 5.6: Lineær regresjon og fixed effects analyse av evaluerende støtte fra venner ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Evaluerende venner	-0,025 (0,039)	0,013 (0,041)	0,015 (0,041)	0,016 (0,042)	0,015 (0,042)	0,000 (0,131)	-0,025 (0,096)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,291** (0,090)	0,307** (0,98)	0,323** (0,125)	0,334** (0,125)	0,336** (0,127)	
Integrasjonsnivå			-0,021 (0,065)	-0,027 (0,072)	-0,031 (0,072)	-0,033 (0,073)	
Sosioøkonomisk status				-0,012 (0,053)	0,008 (0,053)	0,008 (0,054)	
Alder					-0,005 (0,009)	-0,006 (0,009)	
Informativ støtte fra venner X etnisitet						-0,010 (0,084)	
Konstant	4,609*** (0,043)	4,445*** (0,066)	4,443*** (0,066)	4,438*** (0,070)	4,596*** (0,274)	4,597*** (0,274)	4,609*** (0,00)
Observasjoner	563	563	562	562	562	562	563
justert R2	-0,001	0,018	0,016	0,014	0,013	0,011	-0,001

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tabell 5.7: Lineær regresjon og fixed effect analyse av evaluerende støtte fra husstanden ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Evaluerende husstanden	-0,005 (0,040)	0,029 (0,042)	0,029 (0,042)	0,031 (0,042)	0,028 (0,043)	0,118 (0,124)	0,052 (0,126)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,278** (0,089)	0,286** (0,094)	0,326** (0,117)	0,339** (0,117)	0,329** (0,118)	
Integrasjonsnivå			-0,012 (0,061)	-0,025 (0,066)	-0,031 (0,066)	-0,028 (0,066)	
Sosioøkonomisk status				-0,030 (0,051)	-0,025 (0,052)	-0,023 (0,051)	
Alder					-0,007 (0,009)	-0,007 (0,009)	
Evaluerende støtte fra husstanden X etnisitet						-0,064 (0,088)	
Konstant	4,621*** (0,043)	4,466*** (0,065)	4,465*** (0,065)	4,452*** (0,069)	4,656*** (0,269)	4,671*** (0,270)	4,619*** (0,003)
Observasjoner	560	560	559	559	559	559	560
justert R2	-0,002	0,016	0,014	0,013	0,012	0,011	-0,001

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Fra modellene i tabell 5.6 og 5.7 ser vi at verken evaluerende støtte fra venner eller evaluerende støtte fra medlemmer i husstanden har en signifikant betydning for aktivitetsnivået til gravide kvinner. Det betyr at selv om venner og medlemmer i husstanden gir de gravide kvinnene informasjon om at det er sunt for dem å være fysisk aktiv, så er de likevel ikke mer fysisk aktive av den grunn.

5.3.3 Analyseresultater: Instrumentell støtte fra venner og fra husstanden

Frem til nå har vi sett at verken emosjonell eller evaluerende støtte fra venner og husstanden har en signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. I dette delkapittelet skal jeg undersøke betydningen av instrumentell støtte fra venner i tabell 5.8 og instrumentell støtte fra husstanden i tabell 5.9. Disse to analysene vil bli beskrevet hver for seg siden analyseresultatene i tabell 5.8 skiller seg ut fra de øvrige analysene av sammenhengen mellom støtte, støtte fra venner og husstanden, samt emosjonell og evaluerende støtte. Av den grunn vil jeg vie mer oppmerksomhet til denne analysetabellen. Analysene i tabell 5.9 derimot er i tråd med de andre analyseresultatene.

Tabell 5.8: Lineær regresjon og fixed effect analyse av instrumentell støtte fra venner ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Instrumentell venner	0,087* (0,042)	0,081* (0,041)	0,085* (0,041)	0,086* (0,041)	0,083* (0,042)	0,192* (0,126)	0,074 (0,092)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,298*** (0,086)	0,325*** (0,094)	0,354** (0,117)	0,368** (0,118)	0,357** (0,121)	
Integrasjonsnivå			-0,039 (0,067)	-0,051 (0,074)	-0,057 (0,074)	-0,048 (0,074)	
Sosioøkonomisk status				-0,022 (0,053)	-0,016 (0,053)	-0,017 (0,053)	
Alder					-0,007 (0,009)	-0,007 (0,009)	
Instrumentell støtte fra venner X etnisitet						-0,073 (0,084)	
Konstant	4,611*** (0,044)	4,443*** (0,065)	4,440*** (0,066)	4,431*** (0,069)	4,638*** (0,279)	4,622*** (0,280)	4,612*** (0,006)
Observasjoner	566	566	565	565	565	565	566
justert R2	0,006	0,027	0,026	0,025	0,024	0,024	0,004

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

I modell 1 ser vi at instrumentell støtte fra venner har en signifikant sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette betyr at dersom vennene til gravide kvinner spør dem om de skal være fysisk aktiv sammen, så øker de trolig aktivitetsnivået med 8,7 prosent desto oftere de får dette tilbudet.

I modell 2, 3, 4 og 5 er kontrollvariablene inkludert med i analysen for å kunne sammenligne gravide kvinner som har lik etnisk bakgrunn, sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder. På den måten har jeg mulighet til å undersøke om noen av disse kategoriene påvirker sammenhengen mellom den instrumentelle støtten som gravide kvinner får fra sine venner og aktivitetsnivået deres. I motsetning til de øvrige analysene av sosial støtte, så ser vi i modell 2 at sammenhengen mellom instrumentell støtte og aktivitetsnivået til gravide kvinner minker når vi sammenligner gravide kvinner som har lik etnisk bakgrunn. I kapittel 4.4.1 tabell 4.7 så vi at gravide kvinner med ikke-vestlig bakgrunn får signifikant mer støtte både av typene emosjonell og evaluerende støtte fra venner og fra husstanden. Instrumentell støtte fra venner derimot, er det signifikant flere vestlige enn ikke-vestlige gravide kvinner som får. En del av sammenhengen mellom instrumentell støtte og aktivitetsnivået til gravide kvinner skyldes dermed at vestlige gravide kvinner både får mer instrumentell støtte enn ikke-vestlige, samt at vestlige gravide kvinner er mer fysisk aktiv enn gravide kvinner med ikke-vestlig bakgrunn. Etnisitet har fortsatt en selvstendig forklaringskraft på gravide kvinners aktivitetsnivå og bidrar til at modellen forklarer 2,7 prosent i variasjonene i aktivitetsnivået til gravide kvinner.

Ved å inkludere kvinnes sosioøkonomisk status, integrasjonsnivå og alder i analysen ser vi av modell 3, 4 og 5 at gravide kvinner som får tilbud fra sine venner om å være fysisk aktiv sammen, øker aktivitetsnivået med 8,3 prosent desto oftere de får denne formen for støtte. Sammenhengen mellom instrumentell støtte fra venner og gravide kvinners aktivitetsnivå er fortsatt statistisk signifikant og innebærer at ingen av disse kontrollvariablene er en bakenforliggende årsak til denne sammenhengen. I modell 6 ser vi i likhet med de øvrige analysene at også denne typen støtte har lik effekt på vestlige og ikke-vestlige gravide kvinners aktivitetsnivå.

I modell 7 ser vi resultatet fra fixed effects analysen der alle faste trekk ved kvinnene er tatt høyde for. Resultatet viser at endringen i instrumentell støtte fra venner ikke har en

signifikant påvirkning på endringen i aktivitetsnivået til gravide kvinner. Dette resultatet er i tråd med de øvrige fixed effects analysene, og her ser vi at standardfeilen omtrentlig fordobles fra modell 5 til modell 7. Høy standardfeil innebærer større usikkerhet ved estimatene. OLS estimatet i modell 5 har en lavere standardfeil i tillegg til at estimatet ligger innenfor 95 prosent konfidensintervallet. Det betyr at OLS estimatet i modell 5 er mer presis enn FE estimatet i modell 7. Likevel er det en mulighet for at det er uobserverte variabler som konfunderer sammenhengen, ettersom FE ikke gir signifikante resultater. Av den grunn vil jeg diskutere begge analyseresultatene i resultatpresentasjonen.

Tabell 5.9: Lineær regresjon og fixed effect analyse av instrumentell støtte fra husstanden ^{ab}

	Modell1 OLS	Modell2 OLS	Modell3 OLS	Modell4 OLS	Modell5 OLS	Modell6 OLS	Modell7 FE
Instrumentell husstanden	0,051 (0,042)	0,063 (0,041)	0,063 (0,041)	0,065 (0,042)	0,068 (0,041)	0,162 (0,132)	0,137 (0,122)
Etnisitet (ikke vestlig)							
Vestlig		0,301*** (0,087)	0,316*** (0,093)	0,349** (0,117)	0,376** (0,118)	0,376** (0,118)	
Integrasjonsnivå			-0,020 (0,061)	-0,032 (0,066)	-0,042 (0,067)	-0,044 (0,067)	
Sosioøkonomisk status				-0,026 (0,053)	-0,017 (0,053)	-0,018 (0,053)	
Alder					-0,013 (0,009)	-0,013 (0,009)	
Instrumentell støtte fra husstanden X etnisitet						-0,062 (0,083)	
Konstant	4,638*** (0,044)	4,470*** (0,065)	4,467*** (0,065)	4,457*** (0,068)	4,822*** (0,273)	4,844*** (0,276)	4,635*** (0,004)
Observasjoner	553	553	552	552	552	552	553
justert R2	0,001	0,022	0,021	0,019	0,021	0,020	0,009

^a Standardfeil i parentes.

^b Signifikansnivå: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tabell 5.9 viser analysene fra betydningen av instrumentell støtte fra medlemmer i husstanden på gravide kvinners aktivitetsnivå. Som vi ser her, har ikke denne formen for støtte gitt av husstanden signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Det at medlemmer i husstanden tar over oppgaver for kvinnene slik at de får frigjort tid og dermed kan være fysisk aktiv, har ikke påvirkning på aktivitetsnivået til gravide kvinner.

5.4 Oppsummering

Analysene i dette kapitlet viser viktigheten av å ta hensyn til ulike dimensjoner ved sosial støtte for å fange opp dens betydning. Ved å behandle sosial støtte som én størrelse viste både OLS og FE analysen at sosial støtte ikke har betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Heller ikke når jeg skiller mellom sosial støtte fra venner og medlemmer i husstanden, viser OLS og FE resultatene en signifikant betydning av støtte fra venner eller støtte fra husstanden for gravide kvinners aktivitetsnivå. Det var først når jeg undersøkte sammenhengen mellom de ulike typene sosial støtte, at resultatene viste seg å være forskjellige fra hverandre. Det å få støtte i form av oppmuntring og påminnelser, samt diskusjoner om personlige positive erfaringer som venner og husstanden selv har ervervet gjennom fysisk aktivitet, hadde ikke en signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Støtte i form av informasjon om positive helseeffekter ved fysisk aktivitet viser heller ikke påvirkning på gravide kvinners aktivitetsnivå. Den siste typen sosial støtte var instrumentell støtte. Her så vi at denne typen støtte hadde ulike betydning om den ble gitt av venner eller medlemmer i husstanden. Instrumentell støtte fra husstanden hvor medlemmer i husstanden tilbyr seg å ta over oppgaver for kvinnene, hadde ingen signifikant betydning for deres aktivitetsnivå. Instrumentell støtte fra venner var derimot den eneste formen for støtte som hadde signifikant sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå i OLS analysen, men betydningen av denne typen støtte var derimot ikke signifikant i FE analysen. Dette innebærer at det er en positiv sammenheng mellom det å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen og gravide kvinners aktivitetsnivå, men det kan være andre bakenforliggende faktorer som skaper denne sammenhengen. De ikke-signifikante resultatene i fixed effects modellene kan imidlertid også skyldes at fixed effects modellen bruker mindre av variasjonene i datasettet, og dermed produserer mer usikre resultater. På grunnlag av resultatene fra analysene i dette kapitlet, vil jeg i det kommende kapitlet drøfte resultatene i lys av tidligere forskning.

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere to hovedfunn fra mine analyser. For det første viser resultatene at gravide kvinner er lite fysisk aktive, og at de sjelden får sosial støtte. Det andre hovedfunnet er at analysene mine viser at endringen i støtte mellom tidspunkt 1 og tidspunkt 2 ikke ledsager til økning i fysisk aktivitet uavhengig av hvilke mål jeg bruker på sosial støtte. Sosial støtte ser dermed ikke ut til å ha en betydning for aktivitetsnivået til gravide kvinner. I del 6.1 vil jeg drøfte gravide kvinners aktivitetsnivå og mottatt sosial støtte. I det andre delkapittelet 6.2 vil jeg redegjøre for analyseresultatene av betydningen av sosial støtte på gravide kvinners aktivitetsnivå. Her vil jeg drøfte hvorfor instrumentell støtte fra venner har en sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå, og ikke de andre typene av sosial støtte. Avslutningsvis, i delkapittel 6.3 vil jeg drøfte noen viktige aspekter ved studien som kan ha påvirket analyseresultatene i denne oppgaven. Oppgaven avsluttes med oppfordringer til videre forskning på temaet sosial støtte og gravide kvinners aktivitetsnivå.

6.1 Lavt aktivitetsnivå og lite sosial støtte

På bakgrunn av de deskriptive analysene i kapittel 4 vil jeg i dette delkapittelet belyse hvordan gravide kvinner forholder seg til fysisk aktivitet under svangerskapet, samt hvor mye støtte de får fra venner og medlemmer i husstanden.

I del 6.1.1 vil jeg drøfte gravide kvinners aktivitetsnivå sett i lys av de anbefalinger som de får fra helsemyndighetene. Flere norske studier har undersøkt gravide kvinners aktivitetsnivå, og av den grunn vil jeg benytte deres resultater i denne drøftingen. I del 6.1.2 vil jeg drøfte mine analyseresultater av mengde, samt type sosial støtte som gravide kvinner får under svangerskapet. Meg bekjent er det ingen studier som har undersøkt mengde sosial støtte under svangerskapet. Av den grunn vil jeg hovedsakelig drøfte resultatene opp mot noen av studiene som er gjennomgått i kapittel 2.

6.1.1 Gravide kvinner - for lite fysisk aktive?

Helsemyndighetene anbefaler gravide kvinner å være fysisk aktiv i 30 minutter hver dag eller 3-5 ganger i uken, men da med høyere intensitet i 15-30 minutter (Helsedirektoratet). Mine analyseresultater viser at 90 prosent av de gravide kvinnene var mindre fysisk aktive enn det som er anbefalt. Dette betyr derfor at bare 10 prosent av kvinnene i studien følger helsemyndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitetsnivå under svangerskapet.

Haakstad, Volner, Henriksen og Bø (2007), Gjestland, Bø, Owe og Eberhard-Gran (2012) og Owe, Nystad og Bø (2009) har også undersøkt aktivitetsnivået/ treningsvaner til gravide kvinner i Norge. Haakstad et al. (2007) fant i deres studie at 34,5 prosent av de gravide kvinnene gikk tur 30 minutter eller mer hver dag. Gjestland et al. (2012) fant i sin studie av gravide kvinner i Oslo at 14,6 prosent av respondentene oppfylte de anbefalte retningslinjene for fysisk aktivitet under svangerskapet, mens Owe et al. (2009) fant i deres studie at 28 prosent av kvinnene oppfylte anbefalingene tidlig i svangerskapet, men reduserer nivået til 20 prosent senere i svangerskapet.

Samtlige av studiene viser at gravide kvinner er mindre fysisk aktive enn anbefalt. Mine resultater skiller seg likevel en del fra de andre studiene ved at mellom færre av kvinnene er fysisk aktive enn i studiene til Haakstad et al. (2007), Gjestland et al. (2012) og Owe et al. (2009). Trolig kan dette skyldes utvalget, siden min studie inkluderer en større andel gravide kvinner med minoritetsbakgrunn, samt at flere av kvinnene har lavere sosioøkonomisk status enn utvalgene i de tre andre studiene. Noen av forskjellene mellom studiene kan også skyldes ulike mål på fysisk aktivitet/trening. Både Owe et al. (2009) og Haakstad et al. (2007) inkluderer i likhet med min definisjon av «fysisk aktivitet», en rekke kroppslige bevegelser - men da med litt ulike krav til lengder på intervallene. Gjestland et al. (2012) derimot måler «trening» i form av treningsaktiviteter minst tre ganger i uken med moderat intensitet i 20 minutter. Gjestland et al. (2012) inkluderer dermed ikke rolige gåturer i deres mål på fysisk aktivitet/trening, og av den grunn er det trolig mange kvinner som går tur som faller utenfor denne treningskategorien. Dersom de hadde inkludert gåturer ville resultatene deres trolig blitt høyere og mer i tråd med Haakstad et al. (2007) og Owe et al. (2009).

Tidligere studier har også funnet ut at gravide kvinner har en tendens til å redusere aktivitetsnivået gjennom svangerskapet (Gaston & Cramp, 2011 og Owe et al., 2009). Likevel

fant Gaston og Cramp, (2011) i deres oppsummering av studier, bare to longitudinelle studier som har undersøkt den statistiske sammenhengen mellom trening og stadier i svangerskapet. Den ene studien redegjør for at sannsynligheten for at de gravide kvinnene trente i første trimester var omtrent dobbelt så stor som da de var i andre og tredje trimester. Den andre studien viste derimot ingen endring i aktivitetsnivået (Gaston og Cramp, 2011). Også Owe et al. (2009) vektlegger at det er få longitudinelle studier som har undersøkt treningsnivået til gravide kvinner gjennom svangerskapet. Deres resultater viste at 28 prosent av gravide kvinner var fysisk aktive svangerskapsuke 17 og 20 prosent i uke 30. Mine resultater viser derimot at kvinnene i utvalget reduserte aktivitetsnivået med 9 minutter i uken, men endringen var ikke signifikant. Det betyr at reduksjonen kan skyldes tilfeldigheter. Grunnen til at mine resultater ikke viser en signifikant reduksjon kan skyldes kvinnes lave aktivitetsnivå ved først måling der gåturer i forbindelse med «dagligdagse gjøremål» utgjør en stor del av aktivitetsnivået. Gjestland et al. (2012) kaller dette for «transport-aktivitet» som innebærer å gå med det formål å hente barn i barnehagen, gå til butikken for å handle mat, gå til buss eller togstasjonen. Gåturen som er knyttet til hverdagslige gjøremål vil trolig ikke reduseres betraktelig senere i svangerskapet siden gåturene er like praktiske og nødvendig senere som tidligere i svangerskapet. Hvilke mål man bruker på fysisk aktivitet kan derfor være viktig for å finne en eventuell reduksjon i aktivitetsnivået/treningsvaner under svangerskapet.

Gravide kvinner blir av helsefaglige instanser anbefalt å være fysisk aktiv, men med enkelte forbehold for å beskytte fosteret. Disse forbeholdene dreier seg spesielt om bestemte aktiviteter og intensiteten på øvelsene. Mine analyseresultater viser at gravide kvinner for det meste går tur når de er fysisk aktive, og her blir «rolige» gåturer foretrukket fremfor «raske». Mønsteret over foretrukne aktivitetsgrener er forholdsvis stabilt gjennom svangerskapet, men det forekommer en liten økning på de som går rolige turer og svømmer senere i svangerskapet. Dette resultatet er i tråd med studien til Owe et al., (2009) som redegjør for at gravide kvinner endrer frekvens på aktivitetsgrener gjennom svangerskapet. Resultatene deres forteller oss at færre gravide kvinner jogget og drev med styrketrening sammenlignet med aerobics utover i svangerskapet og den eneste formen for fysisk aktivitet som økte i frekvens var svømming.

6.1.2 Gravide kvinner får lite sosial støtte

Tidligere studier vektlegger at gravide kvinner får lite sosial støtte til å være fysisk aktive fra venner og familie (Evenson & Moos et al. (2009), Leiferman et al. (2011), Kieffer et al. (2002), Weir et al. (2010), Haakstad et al. (2009) og Cioffi et al. (2010). Mine analyseresultater støtter denne redegjørelsen. Likevel er bildet mer nyansert enn som så. For det første får gravide kvinner tilsynelatende oftere sosial støtte fra husstanden enn fra venner. Hvor mye støtte gravide kvinner får er også forbundet til hvilke type støtte det er snakk om.

Resultatene viser at en høyere andel av de gravide kvinnene (25 og 34 prosent) oppgir at de «ofte» får informasjon om helseeffektene av fysisk aktivitet fra venner og medlemmer i husstanden. Likevel er det bare 9 prosent av kvinnene som oppgir at de får denne formen for støtte «veldig ofte» fra venner, og 20 prosent «veldig ofte» fra husstanden. Sammenlignet med de to andre typene støtte viser det seg at evaluerende støtte er den typen støtte som blir gitt oftest. Dette går i mot flere av studiene som vektlegger at gravide kvinner får for lite informasjon om fysisk aktivitet under svangerskapet (Evenson & Moos et al., 2009; Leiferman et al., 2011; Weir et al., 2010; Doran & O'Brien, 2007; Haakstad et al., 2009; Clark & Gross, 2004 og Kieffer et al., 2002). På tross av at kvinnene får informasjon fra nettverket om helseeffekter av fysisk aktivitet, så er det likevel bare 10 prosent som oppfyller de anbefalte aktivitetsnivået under svangerskapet. Ifølge Heaney og Israel, (2002) er effekten av ulike typer støtte forbundet til hvilke behov mottakeren har. Dette kan være en indikator på at mangel på informasjon fra deres sosiale nettverk ikke er en avgjørende barriere for gravide kvinners aktivitetsnivå, slik som tidligere studier hevder.

I likhet med evaluerende støtte oppgir den høyeste andelen av de gravide kvinnene (30-32 prosent) at de «ofte» mottar emosjonell støtte fra husstanden. Dette resultatet er i tråd med Thornton et al. (2006) som også fant partnerne til gravide kvinner som en viktig kilde til sosial støtte. Thornton et al. (2006) hevder at emosjonell støtte og informasjon fra kvinnes partnere er de viktigste påvirkningsfaktorene for kvinners helseatferd. Ifølge Thornton et al. (2006) får kvinnene informasjon om fysisk aktivitet ved at ektemennene forteller konene sine at de burde trene for å miste graviditetskiloene, eller forhindre at de skulle bli tykk eller syke. Også emosjonell støtte ble gitt ved at partnerne oppmuntret og gikk tur sammen med dem. Disse rådene og oppmuntringen resulterte ofte i at kvinnene ble mer fysisk aktive. En av årsakene til at Thornton et al. (2006) finner dette resultatet i studien sin, kan være knyttet opp mot utvalget i studien. Studiedeltagerne var gravide kvinner som hadde lavere

sosioøkonomisk status og som nylig hadde flyttet fra Mexico til Detroit. Ifølge Evenson, Sarmiento, Macon, Tawney og Ammerman (2002) er den Latin- Amerikanske kulturen preget av sterkere kjønnsrollemønstre. Det kan tenkes at partnerens meninger og ønsker for kvinnes atferd i større grad blir oppfylt av de gravide kvinnene i denne studien.

Selv om emosjonell støtte fra husstanden også var den *typen støtte* som gravide kvinner fikk ofte, var det likevel bare (12- 29 prosent) av de gravide kvinnene som «ofte» fikk emosjonell støtte venner. En høyere andel av de gravide kvinnene (25-31) oppga å få emosjonell støtte fra venner «noen få ganger». Dette resultatet viser at det er kan være forskjell på hvor mye støtte gravide kvinner får sine venner og medlemmer i husstanden, samt at gravide kvinner får ulike mengder støtte alt etter hvilke type det er snakk om. Fyrand (2005) hevder at emosjonell nærhet og tilknytning er viktig for at givere skal ønske å gi støtte. Dette er i tråd med at gravide kvinner tilsynelatende får mer sosial støtte fra husstanden enn fra venner. Både Heaney og Israel, (2002) og Bø, (1993) hevder også at hvor mye eller hvor ofte man får støtte, samt hvilken type støtte man får, er knyttet opp mot hvilken relasjon man har til giveren. I den forbindelse er det trolig kvinnes partnere som er hovedkilden til sosial støtte.

Instrumentell støtte i form av å få tilbud om å være fysisk aktiv sammen med venner, er den typen støtte som forekommer sjeldnest. Den høyeste andelen kvinner (28 prosent) rapporterte at de «aldri» får denne formen for støtte, mens 33 prosent av kvinnene rapporterte at de fikk tilbud om å være fysisk aktiv sammen med venner «noen få ganger». Også instrumentell medlemmer i husstanden der medlemmer i husstanden tar over oppgaver for kvinnene, viser det samme mønsteret. 30 prosent av kvinnene rapporterer at de «aldri» får instrumentell støtte fra husstanden og 16 prosent svarer at får denne formen for støtte «ofte». Dette resultatet er ikke så uventet siden det er både tidkrevende, samt avhengig av givers egen motivasjon til å gjøre noe fysisk for å hjelpe kvinnen. Disse resultatene er dermed i tråd med studiene til Evenson og Moos et al., (2009); Leiferman et al., (2011) og Thornton et al., (2006) som vektlegger at gravide kvinner får lite praktisk hjelp til barnepass, avlasting fra hverdagslige gjøremål, samt et savn etter noen å være fysisk aktiv sammen med.

På bakgrunn av det longitudinelle datasettet har jeg også undersøkt endringer i mottatt støtte gjennom svangerskapet. Analyseresultatene viser at de gravide kvinnene fikk sjeldnere sosial støtte da de var i svangerskapsuke 22-30 enn ved første måling i svangerskapsuke 8-20. Dette ser vi ved at det var en økning i prosenten kvinner som svarte at de «aldri» fikk støtte i

uke 22-30 i motsetning til uke 8-20. Av typen emosjonell støtte fra venner og husstanden var det en reduksjon gjennom svangerskapet. Typen Instrumentell støtte fra venner og husstanden ble også redusert, med unntak av 1 prosent flere som rapporterte at de «ofte» fikk tilbud fra medlemmer i husstanden om å ta over oppgaver for dem. Når det gjelder evaluerende støtte derimot så er det interessant at i motsetning til denne typen støtte fra venner, så øker faktisk informasjonsformidlingen fra husstanden gjennom svangerskapet. Det var altså flere gravide kvinner som fikk informasjon om at fysisk aktivitet var sunt for dem da de var i svangerskapsuke 22-30, i forhold til svangerskapsuke 8-20. Selv om at studien til Owe et al. (2009) og Gaston og Cramp (2011) vektlegger at gravide kvinner reduserer aktivitetsnivået gjennom svangerskapet, så kan det såes tvil om dette har noe med kunnskap eller informasjonsformidling å gjøre, som studiene til Evenson et al., (2009); Leiferman et al., (2011); Weir et al., (2010); Doran og O'Brien, (2007); Haakstad et al., (2009); Clark og Gross, (2004) og Kieffer et al., (2002) hevder.

Mine resultater er i tråd med studiene til Evenson et al. (2009), Leiferman et al. (2011), Kieffer et al. (2002), Weir et al. (2010), Haakstad et al. (2009), Cioffi et al. (2010) og Thornton et al. (2006) som vektlegger at gravide kvinner får lite sosial støtte. Gravide kvinner får også mindre sosial støtte utover i svangerskapet. Berkman (1984) vektlegger at det er problematisk å fange opp mengde støtte, grunnet kvinnes følelse av å få støtte ikke nødvendigvis samsvarer med den «faktiske» mottatte støtten. Selv om de gravide kvinnene oppgir at de får lite støtte, så blir mengden støtte målt i deres følelse/oppfattelse av å få lite støtte – og ikke faktisk mottatt støtte. Denne kritikken kan også rettes mot de tidligere studiene, der kvinnes fortellinger om at de får lite støtte blir fanget opp, fremfor faktisk mottatt støtte.

6.2 Betydningen av sosial støtte på fysisk aktivitet

Som nevnt innledningsvis, er det andre hovedfunnet i denne oppgaven, at endringene i støtte fra måle-tidspunkt 1 til tidspunkt2 ikke ledsager til økning i aktivitetsnivået til gravide kvinner. Dette betyr at sosial støtte ikke har betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå etter kontroll for alle stabile trekk ved de gravide kvinnene. I kapittel 2 redegjorde jeg for antagelsene mine om at sosial støtte ville føre til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner. Denne antagelsen var basert på teori om nettverk og tidligere studier av gravide kvinner og trening. Resultatene i kapittel 5 avviser disse antagelsene grunnet flere null-resultater. I det følgende vil jeg i del 6.2.1 oppsummere og drøfte analyseresultatene opp mot tidligere studier av sosial støtte. Deretter vil jeg i del 6.2.2 drøfte mulige årsaker til at det å få tilbud fra venner har sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå, og ikke oppmuntring, informasjon og frigjøring av tid.

6.2.1 Sosial støtte har ikke betydning

Analyseresultatene av OLS - og FE analysene i kapittel 5 viser at sosial støtte *samlet sett*, ikke har signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette går i mot resultater i andre studier som vektlegger sosial støtte som en viktig faktor for menneskers trening eller aktivitetsnivå (Trost et al., 2002). Trost et al. (2002) referer blant annet til studien til Leslie et al. (1999) som undersøkte sammenhengen mellom sosial støtte på aktivitetsnivået til australske college-studenter. Resultatene i studien viste at sannsynligheten for å være fysisk aktiv var 23-55 prosent lavere for studenter som rapporterte et lavt nivå av sosial støtte sammenlignet med høyt nivå av sosial støtte. Eyler og Brownson et al. (1999) fant også ut at sosial støtte var sterkt assosiert med fysisk aktivitet blant kvinner over 40 år med ulik etnisk bakgrunn. Resultatene deres viste at sannsynligheten for å være fysisk aktiv var omtrent dobbelt så stor blant kvinner som fikk mye sosial støtte i motsetning til lite sosial støtte (Eyler & Brownson et al., 1999).

En av årsakene til at null-resultatet ikke stemmer overens med andre studier kan være at sosial støtte sett som én størrelse er et for generelt mål på støtte. Som Heaney og Israel (2002) og Sarason et al. (1987) hevder, så er det viktig å differensiere sosial støtte både ved å skille mellom *hvem* som gir støtten samt hvilken *type* støtte det er snakk om. Av den grunn

nyanserte jeg målet på sosial støtte ved å skille mellom støtte fra venner og støtte fra medlemmer i husstanden. Resultatene av både OLS og FE analysene viste også her at sosial støtte fra venner og sosial støtte fra medlemmer i husstanden ikke har signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå.

For det første viser dette resultatet at sosial støtte ikke har betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå, selv etter at målet på sosial støtte ble endret. For det andre viser resultatet at det ikke har noen betydning om støtten kommer fra venner eller fra noen i husstanden. Til tross for at Eylers og Brownsons et al. (1999) funn – i motsetning til mine, viser en signifikant sammenheng mellom sosial støtte på kvinners aktivitetsnivå, kan heller ikke de se noen signifikant forskjell mellom støtte gitt av venner og støtte gitt av familie. Duncan, Duncan og Strycker (2005) som undersøkte betydningen av sosial støtte på aktivitetsnivået til barn mellom 10 og 14 år fant derimot en signifikant sammenheng mellom aktivitetsnivået og sosial støtte. Likevel viste det seg at selv om effekten av støtte fra venner var sterkere enn støtten fra foreldre og søsken, så var det *typen støtte* som var det avgjørende – og ikke *hvem* støtten kom fra.

For å undersøke om jeg fortsatt opererte med et for generelt mål på sosial støtte, delte jeg variablene inn i ulike typer støtte: *emosjonell* støtte, *evaluerende* støtte, samt *instrumentell* støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden. Analyseresultatene av både OLS og FE analysene viser at verken emosjonell støtte fra venner eller medlemmer i husstanden, har signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Det betyr at i motsetning til Cioffi et al. (2010) og Thornton et al. (2006), støtter ikke mine resultater betydningen av å få oppmuntringer og ros.

OLS og FE analysene av betydningen av evaluerende støtte, der venner og medlemmer i husstanden forteller kvinnene at det er sunt for dem å være fysisk aktive, viser heller ikke signifikant resultater for gravide kvinners aktivitetsnivå. Disse resultatene går også i mot resultatene i studien til Evenson et al., (2009), Leiferman et al. (2011), Weir et al. (2010), Doran og O'Brien (2007), Haakstad et al. (2009), Clark & Gross (2004) og Kieffer et al., (2002) som vektlegger at mangel på informasjon er en viktig barriere mot fysisk aktivitet for gravide kvinner.

I likhet med null-resultatene av betydningen av emosjonell og evaluerende støtte, viser også OLS og FE analysene at heller ikke instrumentell støtte fra husstanden har betydning for

gravide kvinners aktivitetsnivå. Det betyr at dersom medlemmer i husstanden tar over oppgaver for kvinnene, så øker de ikke aktivitetsnivået av den grunn. Dette går imot studiene til Evenson og Moos et al. (2009), Weir et al. (2010), Leiferman et al. (2011), Kieffer et al. (2002), Haakstad et al. (2009), Duncombe et al. (2009), Cramp og Bray (2009) og Cioffi et al. (2010) som vektlegger at mangel på tid er en viktig barriere for gravide kvinners aktivitetsnivå.

Ved å undersøke sammenhengen mellom instrumentell støtte fra venner og gravide kvinners aktivitetsnivå, viste OLS analysene en signifikant positiv sammenheng. Det betyr at det er en sammenheng mellom det å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, og gravide kvinners aktivitetsnivå. Likevel kan vi ikke være sikker på om instrumentell støtte fra venner fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner, grunnet ikke-signifikant resultat av FE analysen. Det betyr at det kan være andre faktorer – både «faste» og «ikke faste» trekk ved kvinnene som skaper denne positive sammenhengen jeg fant i OLS analysen. Likevel kan dette ikke-signifikante resultatet av FE analysen være påvirket av den høye standardfeilen. Som vi så i tabell 5.8 fordobles standardfeilen i FE estimatoren i modell 7 når variansen er basert på endringer i den støtten som kvinnene fikk mellom måle- tidspunkt 1 og 2, i motsetning til OLS estimatoren i modell 5, der standardfeilen er basert på variasjonen i mottatt støtte langs alle kvinnene i utvalget. Den høye standardfeilen i FE skyldes liten endring på mottatt støtte mellom de to tidspunktene. Av den grunn er jeg oppmerksom på at støtte i form av å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, kan ha en betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå i tråd med OLS resultatet – og på tross av FE resultatet. Mine funn støtter dermed blant annet Ommundsen og Aadlands (2009) som sier at det er en positiv sammenheng mellom voksne menneskers aktivitetsnivå, og det å ha andre mennesker i ens sosiale nettverk som er fysisk aktive. Dette gjelder da også for gravide kvinner.

FE analysene av de 9 målene på sosial støtte, samt OLS analysene – med unntak av instrumentell støtte fra venner – viser at sosial støtte ikke har signifikant betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette betyr at resultatene er nullfunn. Ifølge Ferguson og Heene (2012) er det viktig å rapportere null-resultater og ikke minst publisere slike studier. Publikasjons- bias, der statistisk signifikante funn blir publisert fremfor studier som ikke finner de antatte sammenhengene, er fortsatt et problem i psykologisk vitenskap, og trolig også i samfunnsvitenskapen (Ferguson & Heene, 2012). En av grunnene til dette er knyttet opp mot de begrensinger som signifikanstesting har, der den vanligste forklaringen er at

tolkingen av de ikke- signifikante resultatene kan være type 2 feil – at man drar den slutning at det ikke er en sammenheng, når det i virkeligheten er en sammenheng – eller at de er et resultat av at man ikke har «prøvd godt nok» å fange opp effektene. Aversjonen mot publisering av null-resultater kan ifølge Ferguson og Heene (2012) også være et resultat av at funnene er i konflikt med deres teoretiske modeller, men også forskernes antagelse om at null-resultater ikke blir publisert.

Som vi har sett går mine null-resultater i mot studiene til Leslie et al. (1999), Eyler og Brownson et al. (1999), Duncan et al. (2005) og Trost et al. (2002) som hevder at sosial støtte er viktig for menneskers aktivitetsnivå. En av årsakene til at disse studiene finner signifikante sammenhenger mellom støtte og aktivitetsnivå, kan være knyttet opp mot deres bruk av tverrsnitt-design i motsetning til mine FE analyser som er basert på panel-design. Det betyr at disse studiene undersøker om det er en sammenheng/korrelasjon mellom støtte og aktivitetsnivå, mens jeg forsøker å finne ut om støtte fører til økt aktivitetsnivå. De ulike analysedesignene har hver sine utfordringer/svakheter. Faren for at disse studiene som benytter tverrsnitt design har begått type 1 feilslutninger – dra slutning om at støtte har en betydning, når den i virkeligheten ikke har en betydning – er dermed stor, mens mine resultater derimot kan være beheftete med type 2 feilslutning – dra slutning om at støtte ikke har betydning, når den i virkeligheten har en betydning. Av den grunn er det problematisk å sammenligne resultater fra studier som benytter ulike design. Trost et al. (2002) mener at det er alt for få studier som benytter longitudinelle data for å studere viktige determinanter for folks aktivitetsnivå. I den forbindelse vil jeg legge til at når formålet er å finne ut om støtte faktisk fører til økt aktivitetsnivå eller ikke, så bør man tilstrebe å benytte det analysedesignet som er best egnet – selv om det er vanskeligere å finne signifikante sammenhenger.

6.2.2 «Å trene sammen» – den eneste signifikante sammenhengen

Den eneste signifikante sammenhengen i mine analyser viser at det er en positiv sammenheng mellom det å få tilbud fra venner om å trene sammen og gravide kvinners aktivitetsnivå. Flere studier har vist at det å ha noen å være fysisk aktiv sammen med, er en viktig motivasjonsfaktor for at folk trener (Strandbu & Bakken, 2007), og følgelig ser mangelen på noen å trene sammen med, ut til å være utslagsgivende for at folk *ikke* trener (Eyler og Baker et al., 1998). Følgende sitat som presenteres er en illustrasjon av dette. Intervjusitatet er hentet

fra studien til Eyler og Baker et al. (1998) av eldre minoritetskvinner og deres forhold til fysisk aktivitet.

... and maybe I don't motivate myself to do activity. And I probably could do it. I mean, if I had somebody to do it with, it might be easier you know (Eyler og Baker et al., 1998, s.647).

... but I keep saying I'm gonna get on it [stationary bike] and then I come home and get distracted or whatever, you know. I'm the type that has to have like a girlfriend to do it with (Eyler og Baker et al., 1998, s.647).

Som vi så i kapittel 4 viste analyseresultatene at gravide kvinner foretrekker å gå rolige turer. Gåsdal (1995) har gjennomført en studie blant innvandrerkvinner i Groruddalen, og mener at det sosiale fellesskapet mellom deltagerne er svært viktig i friluftaktiviteter. Den sosiale funksjonen kan virke som en avgjørende faktor. Tilbud fra venner om å gå tur sammen, kan dermed vise til noe sosialt ønskelig for gravide kvinner. Videre sier Gåsdal (1995) at alle kan delta i friluftaktiviteter uansett preferanser og fysisk form. Som Evenson og Moos et al. (2009) rapporterer, var det 58 prosent av de gravide kvinnene i deres studie som viste til helserelaterte barrierer som de viktigste årsakene for at de ikke var fysisk aktive. De gravide kvinnes valg av rolige gåturer kan derfor både tolkes som en trygg måte å være i aktivitet på, samtidig som man får oppfylt et sosialt behov.

Friluftaktiviteter er gjerne noe man gjør sammen med familie og venner (Gåsdal, 1995). Dette er i tråd med Haakstad et al. (2009) som fant at 85 prosent av de gravide respondentene i deres studie rapporterte å trene sammen med venner og familie. Bare 5 prosent svarte at de oftest trente alene (Haakstad et al., 2009). Friluftaktiviteter fremtrer gjerne som noe som er hyggelig og ønskelig for alle deltagerne i en gruppe. Det er ofte små og intime grupper der man kan få fred og ro til å være sammen med hverandre uten forstyrrelser fra hverdagslige gjøremål (Gåsdal, 1995). Dette er ifølge Cioffi et al. (2010) et ønske som også gravide kvinner har. Å delta på gruppetreninger var ansett som en fin mulighet for å være sammen med andre kvinner. Kieffer et al. (2002) og Thornton et al.

(2006) vektlegger at deres informanter hadde et ønske og behov for å tilhøre et sosialt nettverk bestående av andre kvinner som de kunne være fysisk aktive sammen med.

Det sosiale fellesskapet kan være en viktig forklaring på hvorfor gravide kvinner foretrekker rolige gåturer fremfor andre aktivitetsgrener, samt hvorfor tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen har en signifikant sammenheng med aktivitetsnivået deres. Ved å gå tur sammen med venner tar man både hensyn til kvinnes fysiske form samtidig som intensiteten er såpass lav at man ikke trenger å være redd for å skade fosteret. I Aktivitetshåndboken utarbeidet av Helsedirektoratet, står det en anbefaling om å benytte «snakketesten» under treningsøkten. Snakketesten innebærer at man ikke skal være mer andpusten enn at man klarer å holde en samtale (Helsedirektoratet, 2008). Ved å gå rolig tur sammen med venner har man det hyggelig samtidig som man tar hensyn til sine egne fysiske begrensninger, samt fosterets helse.

Selv om emosjonell og evaluerende støtte er ment å uttrykke omsorg for kvinnes helse, kan disse formene for støtte oppfattes som overtråkk av personlige grenser. Johnson (2002) redegjør for at de kroppslige endringene ikke alltid oppleves som positivt for alle gravide kvinner under svangerskapet. Idealene om en stram kropp og aktiv livsstil er like gjeldende for gravide kvinner som det er for kvinner generelt (Nash, 2011 og Johnson, 2002). Flere forskere har ifølge Furnham og Alibhai (1983) vektlagt at overvektige mennesker ofte blir stigmatisert av andre mennesker. Ifølge Nash, (2011) blir gravide kvinners utseende knyttet opp mot deres «evner» som mødre. Av den grunn kan det tenkes at gravide kvinner har dårlig samvittighet når det gjelder trening fordi de føler at de «bør» være mer fysisk aktive. Dersom venner og medlemmer i familien snakker om fysisk aktivitet med kvinnene, kan støtten oppfattes som kritikk eller antydninger om at de ikke tar vare på sin egen og/eller barnets helse. Som Chogahara (1999) vektlegger, er det viktig at støtten oppfattes positivt for at den skal bidra til økt aktivitetsnivå hos individer.

Flere studier har vist at mangel på tid, er en viktig barriere for gravide kvinners aktivitetsnivå. I den forbindelse var det å være i betalt arbeid, mangel på barnevakt, samt et ønske om mer tid sammen med barna, ansett som viktige grunner for at kvinner ikke var fysisk aktive (Evenson & Moos et al. (2009); Weir et al. (2010); Leiferman et al. (2011); Kieffer et al. (2002); Haakstad et al. (2009), Duncombe et al. (2009); Cramp & Bray (2009) og Cioffi et al. (2010) var. Til tross for dette viser ikke mine funn at kvinnes aktivitetsnivå øker dersom medlemmer i husstanden tar over ulike oppgaver for dem.

Gaston og Cramp (2011) viser i deres gjennomgang av studier, at seks av syv studier konkluderte med at det å ha minst ett barn hadde en signifikant sammenheng med lavere fysisk aktivitetsnivå. I dette tilfellet vil jeg påpeke at hvordan man måler fysisk aktivitet i disse studiene kan være avgjørende. Frigjøring av tid vil trolig være betydningsfullt dersom kvinnene for eksempel vil følge gruppetreninger på helsesenter, men ikke dersom det er snakk om fysisk aktivitet i form av «spaserturer» eller «transport aktivitet». Som Watson og McDonald (2007) konkluderer med, så vil flere barn i huset påvirke gravide kvinners daglige energibruk grunnet oppgaver som er relatert til barna og hjemmet. Også det å være i betalt arbeid ble oppgitt av informanter som å redusere tid til trening, men som flere studier har vist, så har utdanningsnivå og sosioøkonomisk status positiv betydning på voksne menneskers aktivitetsnivå (Trost et al., 2002). Gravide kvinner med høyere utdanning og høyere sosioøkonomisk status er gjerne i betalt arbeid, men finner likevel tid til å være fysisk aktive på tross av dette. Av den grunn kan det heller stilles spørsmål ved om frigjøring av tid ikke motiverer nok til at gravide kvinner er fysisk aktive.

Som vi har sett frem til nå viser OLS og FE analysene at oppmuntring, informasjon og frigjøring av tid ikke fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner. I motsetning til FE analysen av betydningen av instrumentell støtte fra venner, så viste OLS analysen at det er en signifikant positiv sammenheng mellom tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen og gravide kvinners aktivitetsnivå. Grunner til dette kan være det sosiale felleskapet ved å gå tur sammen med venner. En annen grunn kan også være at i motsetning til de to andre typene støtte, så trenger ikke denne typen støtte oppfattes som overtråkk av personlige grenser.

6.3 Betraktninger ved studien og veien videre

Til slutt vil jeg redegjøre for utfordringer ved studien som kan prege analyseresultatene og dermed også konklusjonsvaliditeten av studien. Jeg har først valgt å problematisere måten jeg har operasjonalisert sosial støtte på, som kan være en årsak til null-resultatene i denne studien. Deretter problematiserer jeg utvalget som studien er basert på, samt muligheten for at sammenhengen mellom det å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, og gravide kvinners aktivitetsnivå kan skyldes andre faktorer.

Som Wallston, Alagna, DeVillis. B og DeVillis. R (1983) hevder, er operasjonalisering av sosial støtte viktig for å fange opp dens betydning. Dette ser vi av null-resultatene både når jeg operasjonaliserer sosial støtte som én størrelse, men også i nivå to der operasjonaliseringen var basert på givne av støtten. Det var først når jeg operasjonaliserte sosial støtte etter ulike typer støtte gitt av venner og medlemmer i husstanden, at ett av målene av sosial støtte hadde signifikant sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå.

Operasjonalisering av de ulike typene sosial støtte er også utfordrende. I begrepet sosial støtte ligger det en implisitt forutsetning om at mottakerne av støtten vil oppfatte dette på en positiv måte. Det å måle hvilke emosjonelle reaksjoner gravide kvinner får av å få sosial støtte er også problematisk. I delkapittel 6.2.1 drøfter jeg problemet med at oppmuntring og informasjon om fysisk aktivitet kan oppfattes som overtråkk av personlige grenser. Som Chogahara (1999) vektlegger må støtten oppfattes positivt for å ha påvirkningskraft på individers aktivitetsnivå. I den forbindelse kan det stilles spørsmål ved om emosjonell og evaluerende støtte da faktisk «er» støtte. Poenget er altså at jeg ikke med sikkerhet kan vite akkurat hvilke oppfattelser eller følelser gravide kvinner får når de mottar de ulike formene for sosial støtte, og av den grunn kan det stilles spørsmål ved begrepsvaliditeten av effekten av sosial støtte.

En annen relatert problemstilling er at de ulike typene sosial støtte kan overlappe hverandre. Dette reiser spørsmål ved om vi måler den typen støtte som vi hadde tenkt å måle. Problemet kan best forklares med ett eksempel om medlemmer i husstanden som tar over oppgaver for gravide kvinner. Teoretisk sett vil man anta at denne støtten er instrumentell, siden kvinnene får «praktisk» hjelp. Likevel er det problematisk å avgjøre om kvinnene *forstår* denne støtten som «praktisk hjelp», eller som «oppmuntring» til å være fysisk aktiv. Av den grunn er operasjonalisering og måling av de ulike typene sosial støtte en utfordring.

For å imøtekomme denne utfordringen på best mulig måte benyttet jeg faktoranalyse. Dette for å skille ut de variablene som skulle måle de ulike typene sosial støtte. Fordelen med dette var at jeg da kunne benytte korrelasjonene mellom variablene/indikatorene i kombinasjon med teoretiske antagelser om hvilke variabler som måler de ulike dimensjonene av sosial støtte.

I dette arbeidet har jeg gitt navn til de ulike typene sosial støtte. Også her kan det stilles spørsmål ved begrepsvaliditeten i studien ved at de navnene jeg har gitt til de ulike dimensjonene støtte, ikke nødvendigvis måler det samme som andre teoretikere har målt ved bruk av den samme betegnelsen. For å navngi de ulike typene støtte, tok jeg utgangspunkt i teori som skiller mellom emosjonell, evaluerende og instrumentell støtte. Spørsmålet «medlemmer i husstanden tar over oppgaver for deg slik at du kan være fysisk aktiv» var det som var mest konsistent med House (1981) sin operasjonalisering av instrumentell støtte. De resterende variabelnavnene derimot var vanskeligere å bestemme seg for, og da spesielt spørsmålet: «venner spør om de skal være fysisk aktiv sammen». Jeg valgte å kalle denne variabelen for instrumentell støtte fra venner av to grunner. For det første viser denne formen for støtte til at noen andre gjør noe fysisk for deg, samtidig som at den eksplorerende faktoranalysen viste til at denne variabelen ikke tilhørte noen av de andre faktorene. Denne formen for støtte kunne fått et annet navn, der for eksempel begrepet «companionchip»⁹ kunne være et alternativ. Teoretisk sett er derfor operasjonaliseringen av variablene mine problematisk og en svakhet ved studien min.

Som jeg beskrev i kapittel 3, er mine data hentet fra gravide kvinner som bor i Groruddalen. På bakgrunn av dette er det nærliggende å diskutere hvorvidt mine resultater er preget av utvalgets sammensetning, både med tanke på etnisk bakgrunn og utdanningsnivå. Som vi ser av OLS resultatene, var det bare instrumentell støtte fra venner som hadde en signifikant sammenheng med gravide kvinners aktivitetsnivå. Dette resultatet går i mot funnene i studien til Haakstad et al. (2009). Et av resultatene som kom fram av Haakstads et al. (2009) studie, var at vanene til de gravidenes venner, ikke er relatert til kvinnenenes eget treningsnivå. Det å være i god form var en viktigere motivasjonsfaktor enn sosialt samvær. Bakgrunnen for denne konklusjonen var at ingen av respondentene i deres studie rapporterte «det å møte andre mennesker» som en hovedgrunn for å være fysisk aktive. Det var heller ingen signifikant sammenheng mellom vennene og de gravide kvinnenenes eget aktivitetsnivå.

⁹ Chogahara (1999) forklarer begrepet companionchip som: partnerskap som viser til «vi trener sammen».

Mine resultater fra OLS analysen av sammenhengen mellom det å få tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen og gravides aktivitetsnivå, samsvarer ikke med denne konklusjonen. En av grunnene til dette kan være kvinnes sosiale bakgrunn- altså populasjonene som ble studerte i de to studiene. I min studie består populasjonen av gravide kvinner med lavere sosioøkonomisk status enn de kvinnene i studien til Haakstad et al. (2009). Haakstad et al. (2009) sier selv at studiepopulasjonen er en av begrensingene ved deres studie, fordi den har ekskludert kvinner som ikke snakker norsk og fordi deltagerne hadde høyere utdanning. Respondentene i min studie har derimot lavere utdanning, og omtrent halvparten av de gravide kvinnene har bakgrunn fra ikke-vestlige land. Som Ulseth (2008) påpeker, er det nærliggende å tenke at individets sosiale bakgrunn legger føringer på hvordan man forstår og tar i bruk ny informasjon. De erfaringer og kunnskap man allerede har ervervet seg legger et viktig grunnlag for ny lærdom. Ut fra dette kan vi også tenke oss at forskjeller i kvinnes sosiale bakgrunn legger ulike forutsetninger for hva som motiverer til å være fysisk aktiv og ikke. De sosiale forholdene og sosialt samvær kan være mer betydningsfullt for kvinner fra lavere sosiale klasser, enn det er for kvinner i høyere klasser.

Den signifikante sammenhengen mellom økt tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen og økningen i gravide kvinners aktivitetsnivå, kan også være et resultat av andre bakenforliggende faktorer – som jeg ikke har kontrollert for – som skaper denne positive sammenhengen. Det kan være andre forhold ved kvinnene som både korrelerer med tilbud fra venner om å være fysisk aktiv sammen, samt kvinnes aktivitetsnivå. En mulig forklaringsfaktor kan være «det sosiale aspektet» ved å trene sammen. Dersom dette er tilfellet er det ikke «støtten i seg selv» som er den egentlige årsaken til økt aktivitetsnivå, men det sosiale samværet – uavhengig av om kvinnene blir *spurt* om å være med eller ikke. Da vil det å ha en vennegjeng som trener sammen, eller gruppetrening på treningssenter bestående av venner, være motiverende for gravide kvinner til å være fysisk aktiv.

Kvinnens verdsetting av det sosiale felleskapet er trolig et fast trekk ved kvinnene som ikke endres gjennom svangerskapet. Gjennom FE analysen ble denne faktoren kontrollert for og kunne dermed ikke lenger konfundere sammenhengen mellom denne typen støtte og kvinnes aktivitetsnivå. Resultatet av analysen viste at tilbud fra venner ikke har en signifikant betydning på aktivitetsnivået til gravide kvinner. På den ene siden kan dette bety at «støtten i seg selv» ikke har betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå – siden det sosiale

aspektet ved denne typen støtte nå er kontrollert for. Dette bringer oss nærmere et svar på at støtte ikke fører til økt aktivitetsnivå hos gravide kvinner. På den andre siden kan denne ikke-signifikante sammenhengen være et resultat av svakheten ved analysemetoden grunnet den høye standardfeilen til estimatet. Dermed vil en konklusjon om at sosial støtte ikke har positiv betydning for gravide kvinners aktivitetsnivå, føre til type 2 feilslutning.

Slik jeg har målt sosial støtte i denne oppgaven, finner jeg null-resultater på betydningen av støtte, med unntak av en signifikant sammenheng mellom instrumentell støtte fra venner på gravides aktivitetsnivå. Dette utelukker likevel ikke at sosial støtte kan ha betydning på gravide kvinners aktivitetsnivå, men her trengs det mer forskning rundt temaet for ytterligere belysning. For det første, er det behov for å undersøke *hva* sosial støtte egentlig er, hvordan den *fungerer* og hvordan støtte bør *operasjonaliseres* for å fange opp dens eventuelle effekter ved bruk av andre forskningsmetoder. Det kan også være nyttig å få bedre innsikt i gravide kvinners forståelse av sosial støtte, både for å finne ut om støtten til å være fysisk aktiv oppfattes positivt eller ikke. Videre er det også behov for å undersøke gravide kvinners forståelser av de ulike typene støtte, og om de stemmer overens med den teoretiske forståelsen av støtte. Til slutt vil jeg oppfordre videre forskning til å finne ut om det er «instrumentell støtte fra venner» som påvirker gravide kvinners aktivitetsnivå, eller om det er det sosiale aspektet – uavhengig av støtten – som er årsaken til det signifikante resultatet av sammenhengen mellom denne typen støtte og gravide kvinners aktivitetsnivå.

Litteraturliste

- Abel, E.K. & Browner, C. H. (1998). Selective compliance with biomedical authority and the uses of experimental knowledge. I M. Lock & P. A. Kaufert (red.), *Pragmatic women and body politics* (s 310-326). Cambridge: University press.
- Bailey, L. (1999). Refracted Selves? A Study of Changes in Self-identity in the Transition to Motherhood. *Sociology*, 33 (2), 335–352. doi: 10.1177/S0038038599000206
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social network and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432. doi: 10.1146/annurev.pu.05.050184.002213
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. I L. F. Berkman & I. Kawachi (red.), *Social epidemiology* (s 137-173). New York: Oxford university press.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: Determinants, well being and interventions* (2. utg). London. Routledge.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York. The Guilford press.
- Bryan, S. N., Tremblay, M. S., Claudio, E. P., Arden, C. I. & Katzmarzyk, P. T. (2006). Physical Activity and Ethnicity: Evidence from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 97 (4), 271-276. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/232001948?accountid=14699>
- Bø, I. (1993). *Folks sosiale landskaper. En innføring i sosiale nettverk*. Oslo. Tano Aschehoug
- Chogahara, M. (1999). A Multidimensional Scale for Assessing Positive and Negative Social Influences on Physical Activity in Older Adults. *The Journals of Gerontology*, 54B (6), 356-367. doi: 10.1093/geronb/54B.6.S356

- Cioffi, J., Schmied, V., Dahlen, H., Mills, A., Thornton, C., Duff, M., Cummings, J. & Kolt, G.S. (2010). Physical Activity in Pregnancy: Women's Perceptions, Practices, and Influencing Factors. American College of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 55 (5), 455–461. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.12.003
- Clarke, P. E. & Gross, H. (2004). Women's behavior, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery*, 20 (2), 133–141. doi: 10.1016/j.midw.2003.11.003
- Cramp, A. G. & Bray, S. R. (2009). A Prospective Examination of Exercise and Barrier Self-efficacy to Engage in Leisure-Time Physical Activity During Pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 37 (3), 325-334. doi: 10.1007/s12160-009-9102-y
- DeVellis, R. F. (2003). Scale development, theory and applications (2 utg.). Calif. Sage publications.
- Doran, F. & O'Brien, A. P. (2007). A brief report of attitudes towards physical activity during pregnancy. *Health Promotion Journal of Australia*, 18 (2), 155–158. doi: 10.1071/HE07155
- Downs, S. D. & Hausenblas, A. H. (2003). Exercising for two: Examining pregnant women`s second trimester exercise intention and behavior using the framework and the theory of planned behavior. *Women's Health Issues*, 13 (6,) 222–228. doi: 10.1016/j.whi.2003.09.004
- Downs, S. D. & Hausenblas, A. H. (2004). Prospective examination of the Theory of Planned Behavior applied to exercise behavior during women's first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (3), 199- 210. doi: 10.1080/02646830410001723788
- Downs, S. D. & Hausenblas, A. H. (2007). Pregnant women's third trimester exercise behaviors, body mass index, and pregnancy outcomes. *Psychology & Health*, 22 (5), 545-554. doi: 10.1080/14768320701372018
- Draper, J. (2003). Blurring, moving and broken boundaries: men's encounters with the pregnant body. *Sociology of Health & Illness*, 25 (7), 743–767. doi: 10.1046/j.1467-9566.2003.00368.x

- Duncan, S. C., Duncan, T. E. & Strycker, L. A. (2005). Sources and Types of Social Support in Youth Physical Activity. *Health Psychology*, 24 (1), 3–10. doi: 10.1037/0278-6133.24.1.3
- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J. & Kelly, L. (2009). Factors related to exercise over the course of pregnancy including women's beliefs about the safety of exercise during pregnancy. *Midwifery*, 25 (4), 430–438. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.002
- Evenson, K. R., Sarmiento, O. L., Macon, L. M., Tawney, K. W. & Ammerman, A. S. (2002). Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity Among Latina Immigrants. *Women & Health*, 36 (2), 43-56. doi: 10.1300/J013v36n02_04
- Evenson, K. R., Moos, M-K., Carrier, K. & Siega-Riz, A. M. (2009). Perceived barriers to physical activity among pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 13 (3), 364-375. doi: 10.1007/s10995-008-0359-8
- Eyler, A. A., Baker, E., Cromer, L., King, C. A., Brownson, C. R. & Donatelle, J. R. (1998). Physical Activity and minority women: a Qualitative study. *Health Education & behavior* 25(5), 640-652. doi: 10.1177/109019819802500510
- Eyler, A. A., Brownson, R. C., Donatelle, R. J., King, A. C., Brown, D. & Sallis, J. F. (1999). Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Social Science & Medicine*, 49 (6), 781–789. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00137-9
- Eyler, A. A, Vest, J. R. & Sanderson, B. (2002). Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity in a Diverse Sample of Women: The Women's Cardiovascular Health Network Project–Introduction and Methodology. *Women & Health*, 36 (2), 1-15. doi: 10.1300/J013v36n02_01
- Ferguson, C.J. & Heene, M. (2012). A vast graveyard of undead theories: Publication bias and psychological science's aversion to the null. *Perspectives on Psychological Science*, 7 (6), 555-561. doi: 10.1177/1745691612459059
- Firebaugh, G. (2008). Seven rules for social research. Princeton. Princeton university press.
- Furnham, A. & Alibhai, N. (1983). Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. *Psychological Medicine*, 13 (4), 829-837. doi: 10.1017/S0033291700051540
- Fyrand, L. (2005). Sosialt nettverk, teori og praksis (2.utg). Oslo. Universitetsforlaget.

- Gaston, A. & Cramp, A. (2011). Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14 (4), 299-305. doi: 10.1016/j.jsams.2011.02.006
- Gjestland, K., Bø, K., Owe, M. & Eberhard-Gran, M. (2013). Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. *British Journal of Sports Medicine*, 47, 515-520. doi: 10.1136/bjsports-2012-091344
- Gordon-Larsen, P., McMurray, R. G. & Popkin, B. M. (1999). Adolescent physical activity and inactivity vary by ethnicity: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *The Journal of Pediatrics*, 135 (3), 301-306. doi: 10.1016/S0022-3476(99)70124-1
- Granovetter, M. (1983). The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233. doi: 10.2307/202051
- Gåsdal, O. (1995). *Deltakelse i friluftsliv: sosiale mål og fysiske hindringer*. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, AVH, Trondheim, Universitetet i Trondheim.
- Haakstad, L. A. H., Voldner, N., Henriksen, T. & Bø, K. (2007). Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (5), 559–564. doi: 10.1080/00016340601185301
- Haakstad, L.A.H., Voldner, N., Henriksen, T. & Bø, K. (2009). Why do pregnant women stop exercising in the third trimester? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (11), 1267–1275. doi: 10.3109/00016340903284901
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2002). Social networks and social support. I K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (red.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (s.189-210). San Francisco: Jossey- Bass A Wiley Imprint.
- Helsedirektoratet. (2005). *Er du gravid? Informasjon om svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/er-du-gravid/Publikasjoner/er-du-gravid.pdf>

- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.
Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>
- House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*. 2 (1), 135-146.
doi: 10.1007/BF01107897
- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14 293-318.
doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Howson, A. (2004). The body in society. An introduction. Cambridge, Polity press.
- Hughes, B. (2000). Medicalized bodies. I P. Hancock. B.Hughes , E. Jagger, K . Paterson, R. Russell, E. Tulle-Winton & M. Tyler (red.), The body, culture and society. An introduction (s.12-28). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Jenum, A. K., Sletner, L., Voldner, N., Vangen, S., Mørkrid, K., Andersen, L. F., Nakstad, B., Skrivarhaug, T., Rognerud-Jensen, O-H., Roald, B. & Birkeland, K. I. (2010). The Stork Groruddalen research programme: A population-based cohort study of gestational diabetes, physical activity, and obesity in pregnancy in a multiethnic population. Rationale, methods, study population and participation rates. *Scandinavian journal of Public Health*, 38 (5), 60-70. doi: 10.1177/1403494810378921
- Johnson, S. (2002). *Narratives of the Pregnant Body: The Stories of Women in the Latter Stages of Pregnancy*. I Narrative, Memory and Life Transitions (s 103-111). Huddersfield: University of Huddersfield.
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. I L. F. Berkman & I. Kawachi (red.), Social epidemiology (s 174-190). New York: Oxford University Press.
- Kieffer, E. C., Willis, S. K., Arellano, N. & Guzman, R. (2002). Perspectives of pregnant and postpartum Latino women on diabetes, physical activity, and health. *Health Education and Behavior*, 29 (5), 542–556. doi: 10.1177/109019802237023

- Leiferman, J., Swibas, T., Koiness, K., Marshall, J. A. & Dunn, A. L. (2011). My baby, my move: Examination of perceived barriers and motivating factors related to antenatal physical activity. *Journal of Midwifery Women's Health*, 56 (1), 33–40. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00004.x
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J.S., Bauman, A., Sallis, J. F. & Lo, S. K. (1999). Insufficiently Active Australian College Students: Perceived Personal, Social, and Environmental Influences. *Preventive Medicine*, 28 (1), 20–27. doi: 10.1006/pmed.1998.0375
- McPherson, M., Smith-Lovin, L. & Cook, J. M. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27, 415-444. Hentet fra <http://tinyurl.com/qhjyhwz>
- Nash, M. (2011). You don't train for a marathon sitting on the couch: Performances of pregnancy 'fitness' and 'good' motherhood in Melbourne, Australia. *Women's Studies International Forum*, 34 (1), 50–65. doi: 10.1016/j.wsif.2010.10.004
- Nicolson, M. & Høy, R. (2008). Sport and social capital: An introduction. I M.Nicolson & R.Høy (red.), Sport and Social Capital (s. 1-18). Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. A. (2009). Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? Oslo: Helsedirektoratet.
- Owe, K. M., Nystad, W. & Bø, K. (2009). Correlates of regular exercise during pregnancy: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19 (5), 637–645. doi: 10.1111/j.1600-0838.2008.00840.x
- Ravn, M. N. (2004). En kropp: To liv. Svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen – en antropologisk analyse. Doktoravhandling ved NTNU 2004:72. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.
- Sallis, J. F. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 16 (6), 825–836. doi: 10.1016/0091-7435(87)90022-3
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4 (4), 497-510. doi: 10.1177/0265407587044007
- Skog, O-J. (2010). Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming. Oslo.Gyldendal Akademiske Forlag.

- Strandbu, Å. & Bakken, A. (2007). Aktiv Oslo-ungdom. En studie av idrett, minoritetsbakgrunn og kjønn. NOVA Rapport 2/2007. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23 (2), 145-159. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2136511>
- Thornton, P. L., Kieffer, E. C., Salabarría-Peña, Y., Odoms-Young, A. K., Willis, S., Kim, H. & Salinas, M. A. (2006). Weight, diet, and physical activity- related beliefs and practices among pregnant and postpartum latino women: the role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (1), 95-104. doi: 10.1007/s10995-005-0025-3
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F. & Brown, W. (2002). Correlates of adults participation in physical activity: review and update. *Medicine and science in sports and exercise*, 34 (12), 1996 -2001. doi: 10.1097/00005768-200212000-00020
- Ulseth, A-L. B. (2008). Mellom tradisjon og nydannelse. Analyser av fysisk aktivitet blant voksne i Norge. Oslo. Akademisk publisering.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M. & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2(4), 367-391. doi: 10.1037/0278-6133.2.4.367
- Watson, P. E. & McDonald, B. W. (2007). Activity levels in pregnant New Zealand women: relationship with socioeconomic factors, well-being, anthropometric measures, and birth outcome. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32 (4), 733-742. doi: 10.1139/H07-061
- Weir, Z., Bush, J., Robson, S. C., McParlin, C., Rankin, J. & Bell, R. (2010). Physical activity in pregnancy: a qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10 (18). doi:10.1186/1471-2393-10-18
- Wetterberg, A. (2004). My body, my choice ... my responsibility: the pregnant woman as caretaker of the fetal person. *Berkeley Journal of Sociology*, 48, 26-49. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/41035591>

Young, I. M. (2005). Pregnant embodiment: subjectivity and alienation. I I.M. Young (red.),
On female body experience "Throwing like a Girl and Other Essays" (s.46-61). New
York: Oxford University Press.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven: 29690

Vedlegg

Vedlegg 1: Utvalgets etniske bakgrunn

	Frekvens	Prosent	Kumulativ
Vest Europa og USA	672	40.83	40.83
Øst Europa, Asia, Afrika, Sør- og Mellom Amerika	974	59.17	100.00
Total	1,646	100.00	

Vedlegg 2: utvalgets alder

	Observasjon	Gjennomsnitt	Std.avvik	Min	Max
Alder	1646	30	4,86	19	45

Vedlegg 3: utvalgets utdanningsnivå

	Frekvens	Prosent	Kumulativ
Lavere utdanninge (0-12 år)	914	55.94	55.94
Distriktshøyskole, høyskole, universitet	720	44.06	100.00
Total	1,634	100.00	